Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. v. Winckel, München.

№ 20. 17. Mai 1892. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 39. Jahrgang.

Originalien.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig.

Die Behandlung der Blutungen bei Abortus, Placenta praevia und Atonia uteri post partum. [1])

Von Dr. *Albert Döderlein*, Privatdocent für Gynäkologie und I. Assistenzarzt der Klinik.

Meine Herren! Aus den verschiedenen, zu Blutungen führenden Störungen während Schwangerschaft und Geburt möchte ich heute drei Vorkommnisse herausgreifen, die zu allen Zeiten wegen ihrer Häufigkeit und Gefährlichkeit das Interesse der Geburtshelfer besonders rege erhalten, Abortus, Placenta praevia und Atonia uteri. Gemeinsam ist allen dreien eine oft sehr abundante Blutung, deren Bekämpfung sachkundige Hilfe und zielbewusstes Handeln erfordert.

Es dürfte sich dies Thema um so mehr zu einer Besprechung in unserer Gesellschaft eignen, als Sie alle, meine Herren, eigene Erfahrungen auf diesem Gebiet besitzen, die es nahe legt, die verschiedenen Behandlungsarten zu discutiren. Bei jeder dieser drei den Arzt häufig in ernste Situationen führenden Complicationen scheint nunmehr ein Abschluss der therapeutischen Versuche erreicht zu sein, der unser Eingreifen, sofern es zur rechten Zeit ermöglicht wird, zu einem erfolgreichen gestaltet.

Die Geburtshilfe steht, trotzdem sie eine der ältesten Disciplinen der Medicin ist, wiederum in einem neuen Entwickelungsstadium; es vollzieht sich in den allgemeinen Behandlungsgrundsätzen eine bedeutsame Wandlung.

Im verflossenen Jahrzehnt durchbrach, angeregt durch die grossen Erfolge bei der Bekämpfung der Wundinfection in der Chirurgie und Gynäkologie, die operative Thätigkeit der Geburtshelfer unter dem Banner der Antiseptik die früheren engen Indicationsgrenzen. Die Statistik für diese Zeit ergiebt allenthalben eine Zunahme der geburtshilflichen Operationen, zeigt zugleich aber, dass der Erfolg dabei nicht der erwartete ist, denn in fast gleicher Weise nehmen mit der Zahl der Operationen auch die Mortalität und Morbidität im Wochenbett zu.

Die Folge dieser von Dohrn und Hegar vertretenen Feststellung ist eine rückläufige Bewegung, allenthalben ertönt die Mahnung, die operativen Maassnahmen in der Geburtshilfe auf das äusserste zu beschränken.

Die Bestrebung, jeden Eingriff bei normalen Verhältnissen als etwas Fremdartiges, den natürlichen Verlauf ungünstig Beeinflussendes anzusehen, und die Natur so viel als möglich allein walten zu lassen, geht jetzt so weit, dass sogar die blosse, innere Untersuchung einer Kreissenden nur unter bestimmten Bedingungen zugelassen wird. Zur Befolgung dieses Grundsatzes muss fortan mehr als je die Grenze zwischen Physiologie und Pathologie bei allen Ereignissen in Schwangerschaft und Geburt festgestellt werden.

[1]) Nach einem in der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig gehaltenen Vortrag.

Uebertragen wir nun diese modernen Grundanschauungen auf die uns heute beschäftigenden Vorkommnisse, so ist klar, dass bei Placenta praevia wie bei Atonia uteri in jedem Falle active Hilfeleistung erforderlich ist. Jeder Laie erkennt in deren Erscheinungen ein Abweichen vom natürlichen Verlauf und das nothwendige Gebot ärztlicher Intervention.

Schwieriger gestaltet sich im Princip diese Frage beim Abortus. Natürlich handelt es sich bei der vorzeitigen Ausstossung des Eies stets um einen in seinen Ursachen pathologischen Vorgang. Ob aber der im Gange befindliche Abort wie der Ausstossungsvorgang des Eies am Ende der Schwangerschaft passives Verhalten des Arztes zulässt, oder aber ob wir genöthigt sind, principiell bei Abortus activ vorzugehen, wurde und wird umstritten.

Anhaltspunkte für unser praktisches Handeln gewinnen wir hier nicht durch theoretische Erörterungen, sondern lediglich durch klinische Erfahrung. Diese weist uns darauf hin, dass für die Ablösung und den Austritt eines Eies in den ersten Schwangerschaftsmonaten ganz andere Verhältnisse vorliegen müssen als in späterer Zeit.

Ich möchte hier von den verschiedenen Hypothesen, in welcher Weise sich das Ei zur Zeit des Abortus von der Uteruswand ablöst und wie die feineren Vorgänge dabei sind, absehen und nur die klinische Thatsache hervorheben, die für unser therapeutisches Handeln bestimmend sein muss, dass beim Abortus ungleich häufiger als am Ende der Schwangerschaft eine Verzögerung der Ablösung und eine unvollkommene Ausstossung des Eies statthat. Beides bringt für die Patientinnen schwere Gefahren mit sich.

Wodurch diese Verschiedenheiten des Verlaufes in früherer und späterer Zeit der Schwangerschaft bedingt sind, wird uns durch einen kurzen Hinweis auf die Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Eihäute einleuchtend.

Zwei Punkte sind dabei hervorzuheben; erstens die Verschiedenheit der Placentarbildung in der früheren und späteren Zeit der Schwangerschaft, die die Mechanik der Ablösung und Ausstossung beeinflusst und zweitens die gradatim mit der Schwangerschaft fortschreitende Veränderung in der Decidua.

Am Ende der Schwangerschaft erfolgt die Abtrennung des Eies von dem Mutterboden in der Decidua vera und zwar in der intermediären oder ampullären Schicht derselben.

Nach älteren Autoren und besonders auch nach den neueren Untersuchungen von Klein tritt in dieser gegen Ende der Schwangerschaft eine Verfettung oder Coagulationsnekrose der Deciduazellen ein, wodurch eine Abgrenzung der im Uterus zurückbleibenden, tieferen und der oberen, sensu strictiori hinfälligen Schicht der Decidua, eine physiologische Trennungsebene erzeugt wird. Es geht also am Ende der Schwangerschaft nicht allein das Ei ab, sondern mit demselben der grösste Theil der zur Decidua gewordenen Uterusschleimhaut.

Der mechanische Vorgang ist dabei der, dass durch die Wandverschiebung zwischen Uterus und Placenta die letztere abgestreift wird. Durch die Uteruscontractionen wird die Placenta dann nach dem Schulze'schen oder Duncan'schen

Modus aus dem Corpus in die Cervix geboren, von wo aus sie entweder durch den Druck der Bauchpresse oder durch Nachhilfe mittelst der auf den Uterus drückenden Hand, den Credé'schen Handgriff, in die Scheide und nach aussen tritt. Die Lösung der Eihäute selbst geschieht lediglich passiv, durch den beim Tieferrücken der Placenta stattfindenden Zug. Derselbe genügt unter normalen Verhältnissen, da eben die gekennzeichnete Veränderung der Decidua die Trennung vorbereitet. Ist bei entzündlichen Vorgängen in der Placenta und Decidua die Verbindung zwischen Ei und Uterus nicht in der normalen Weise gelockert, so vermag die Wandverschiebung die Placenta nicht zu lösen, oder es ist der Zug der tiefertretenden Placenta nicht im Stande, die Eihäute an normaler Stelle abzutrennen. Die Ablösung geschieht dann an einer anderen, lockeren Verbindung, zwischen Amnion und Chorion, während dieses und die Decidua ganz oder theilweise zurückbleibt.

Während so für die Lösung des reifen Eies ein Typus besteht, von dem unter normalen Verhältnissen nur wenige und unwesentliche Abweichungen beobachtet werden, gestaltet sich die Ablösung und Ausstossung des Aborteies vor der 16. Woche viel mannigfacher.

Die Gründe dafür liegen darin, dass einmal bis zu dieser Zeit nicht wie später eine scheibenförmige Placenta existirt, die durch ihr dichtgefügtes, derbes Gewebe an der sich verkleinernden Uteruswand abgestreift wird, sondern dass an der ganzen Eiperipherie zarte, flockige Zotten in der Decidua vera inseriren, die bei der beim kleineren Uterus natürlich auch nicht so ausgiebigen Wandverschiebung in derselben haften bleiben. Andererseits fehlt die normale Lockerung der Decidua. Als Ausdruck hiefür sehen wir, dass zu dieser Zeit meist die Decidua vera in toto oder grösstentheils zurückbleibt.

Diese Betrachtungen zeigen uns die Ursachen für die häufige klinische Erfahrung des Zurückbleibens von Abortresten. Beides zusammen giebt uns die Berechtigung, in der Therapie von vornherein einen activen Standpunkt einzunehmen.

Fehling hat vor jetzt 12 Jahren zuerst die frühzeitige manuelle Ausräumung der Aborteier empfohlen, nach ihm sind Schwarz und Dührssen, letzterer mit Zuhilfenahme der Curette für das active Verfahren eingetreten. Auch in den Lehrbüchern der Geburtshilfe von Zweifel, Schröder, J. Veit wird diese Behandlung des Abortus über die exspectative Methode gestellt.

Ich möchte nun zunächst schildern, welches Verfahren in der hiesigen Poliklinik geübt wird, und sodann, welche Resultate mit demselben erreicht worden sind, wobei dann zum Vergleich die zu gleicher Zeit hier gemachten Erfahrungen bei spontanem Verlauf oder exspectativer Behandlung herangezogen werden sollen.

Werden wir zu einem Abortus gerufen, der sich durch Blutung in der Schwangerschaft kenntlich macht, so wird zunächst festgestellt, ob und was bereits aus den Genitalien abgegangen ist. Handelt es sich lediglich um geringen, seit kurzem erst bestehenden Blutabgang, so wird der Versuch gemacht, den Abortus aufzuhalten durch die allgebräuchliche Therapie, Bettruhe, Opiumgabe etc.

Ergiebt die Anamnese, dass bereits seit längerer Zeit Blut abgeht, dass sich durch Austreten von grösseren oder kleineren Klumpen geronnenen Blutes die Blutung als beträchtlicher erweist, oder dass bereits Theile des Eies, etwa der Fötus oder Eihautfetzen abgegangen sind, so ist der Abortus unaufhaltsam und unsere Aufgabe, so rasch und sicher wie möglich die vollständige Entfernung des Eies zu bewerkstelligen.

Wenn das Ei im Ganzen ausgestossen worden ist, was in den ersten Schwangerschaftsmonaten gewiss selten ist, so dass Nichts von demselben mehr in der Uterushöhle zurückgeblieben ist, so ist ein Berühren der Patientin nicht erforderlich. In diesen Fällen zeigt uns auch das vollständige Sistiren der Blutung den Vollzug des Abortus.

Gemäss den Untersuchungen von Winter ist das Zurückbleiben von Decidua vera belanglos, sofern dieselbe nicht theilweise losgelöst ihrer Ernährung beraubt ist. Sobald aber die Untersuchung der abgegangenen Massen nicht die Gewissheit ergiebt, dass alles Fremde ausgestossen ist, findet eine diagnostische Austastung der Uterushöhle statt, die unter allen Umständen Aufschluss ertheilt.

In diesem Falle also, oder wenn offenkundig Reste des Eies zurückgeblieben sind, wird activ vorgegangen, vorausgesetzt, dass der Cervicalcanal für den Finger durchgängig ist.

Die Weite desselben ist dann allein bestimmend für die Wahl der Behandlung. Zur Prüfung des Cervicalcanales wird nach zuverlässiger Desinfection der Hände und der Scheide, die meist kleinere oder grössere Blutklumpen beherbergt, zunächst ohne Narkose mit 1 oder 2 Finger touchirt und ein Finger in den Muttermund einzuführen versucht. Wenn der äussere Muttermund für den Finger passirbar ist, so ist in der Regel die Uterushöhle zugänglich, da man einen etwaigen Widerstand des inneren Muttermundes späterhin durch bohrendes Höherschieben des Fingers unter Gegendruck von aussen überwinden kann.

Ist so auf diese Weise festgestellt, dass das Eingehen eines Fingers in die Uterushöhle möglich ist, so wird der Uterus manuell von den Eiresten entleert. Hiezu ist erste Bedingung, ja in den meisten Fällen conditio sine qua non das Einleiten einer Chloroformnarkose. In Uebereinstimmung mit Fehling möchte ich eine richtige Chloroformnarkose als den Hauptfactor für das Gelingen einer sogenannten Abortausräumung bezeichnen. Ohne diese ist die vollständige Ausräumung nicht nur erschwert, sondern in vielen Fällen geradezu unausführbar. Mit Zuhilfenahme derselben aber ist das, was dem angehenden Geburtshelfer so schwierig, ja anfänglich unmöglich erscheint, mit dem Finger bis in den Fundus uteri hinaufzureichen, um ihn auszutasten und von anhängenden Eitheilen zu befreien, leicht und sicher ausführbar. Erst die vollständige Erschlaffung der Bauchpresse, wie sie in tiefer Narkose eintritt, gestattet uns den energischen Druck auf das Corpus uteri von oben nach unten, um dasselbe über unseren Finger herabzustülpen. Dieser tastet nun zunächst die Uterushöhle nach Resten des Eies aus und entfernt dieselben, wo er sie findet, dadurch, dass er sie einfach von ihrem Mutterboden wegdrückt. Eine Perforation der Uteruswand brauchen wir mit diesem fühlenden Instrument nicht zu fürchten. Wir können selbst schonend den Fingernagel mit zu Hilfe nehmen; wenn man nicht immer an ein und derselben Stelle besonders kratzt, ist jede Gefahr ausgeschlossen. Für gewöhnlich kommen wir mit der Fingerkuppe aus. Die Vollständigkeit unserer Arbeit erkennen wir daran, dass nirgends mehr flottirende Fetzen in die Uterushöhle hereinhängen, wobei namentlich auch der Fundus und die Tubenecken zu berücksichtigen sind.

Ist der Uterus leer, so zieht er sich in der Regel fest zusammen, auch wenn er bis dahin einen schlaffen Sack gebildet hat, und die vorher vielleicht abundante Blutung, die auch während des Ausräumens angehalten haben kann, steht vollständig. Das letzte Zeichen wurde von Allen, die die active Behandlung bisher empfahlen, als charakteristisches beschrieben und muss ich dem nach meinem Erfolg voll und ganz beipflichten.

In dieser Weise sind in der hiesigen Klinik, bezw. Poliklinik, seit dieselbe unter der Direction des Herrn Geheimrath Zweifel steht, also in den letzten 5 Jahren, über 500 Aborte behandelt worden.

Die dabei gemachten Erfahrungen lassen sich dahin zusammenfassen, dass in allen Fällen, in denen nicht vorher durch zu starken Blutverlust oder durch septische Infection schwere Complicationen gegeben waren, in kurzer Zeit vollständige Wiederherstellung der Patientin erzielt wurde. Gestorben ist überhaupt keine dieser Frauen.

Zum Beleg dafür möge hinzugefügt werden, dass in derselben Zeit in der Klinik bei 400 Abrasiones mucosae uteri 100mal der Anlass für diese Operation in zum Theil sehr profusen, lang dauernden Blutungen gelegen war, für welche ein spontan verlaufener oder exspectativ behandelter Abortus den Ausgangspunkt darstellte. Entweder waren Reste des Chorion zurückgeblieben, die sich in Placentarpolypen umgewandelt hatten, oder aber es war eine diffuse Endometritis mit herd-

weisem Einschuss decidualer Zellen aufgetreten, die als Deciduom beschrieben wurde.

Diese 100 Frauen waren durch den verzögerten Verlauf des Abortus, der sich in vielen Fällen über Wochen ja Monate hingeschleppt hat, in Folge der Blutungen äusserst heruntergekommen.

3 Frauen kamen hoch fiebernd mit den Erscheinungen allgemeiner Sepsis in die Klinik. Bei ihnen waren vorher keine Lösungsversuche des Eies gemacht worden, die bei spontanem Austritt des Eies zurückgebliebenen Chorionreste hatten sich zersetzt, die bereits weitgehende Erkrankung des Körpers forderte auch nach schonender Ausräumung des Uterus ihr Opfer, alle 3 starben.

Es ermuthigen unsere Resultate, mit der künstlichen Nachhülfe zur Lösung des Eies nicht zu zögern, wenn der Abortus unaufhaltsam erscheint oder das Ei unvollkommen ausgestossen wurde und nicht durch Tamponade, Douchen, Ergotinverabreichung etc. den Verlauf des Abortes unbeeinflusst zu lassen.

Auch in den Fällen, in welchen die Undurchgängigkeit des Cervicalcanales ein sofortiges Ausräumen verbietet, wird, vorausgesetzt dass aus der Dauer und Stärke der Blutung ein Weiterschreiten der Schwangerschaft mit Sicherheit auszuschliessen ist, mittelst Quellstift, als welcher in hiesiger Klinik in concentrirter Salicylalkohollösung aufbewahrte Laminaria dient, der Cervicalcanal dilatirt und anderen Tags die manuelle Entleerung des Uterus vorgenommen.

Bei frischen Aborten wird stets ausschliesslich nur der Finger zum Ausräumen benutzt. Die Curette wird nur bei diffuser Erkrankung der Schleimhaut, also Endometritis post abortum, gelegentlich auch bei habituellem Abortus, dessen Ursache in einer Endometritis beruht, verwendet.

Als Vorzüge dieser Behandlung des Abortus möchte ich resumiren, prompte Beseitigung der Blutung, Beschleunigung des Verlaufes des Abortus und der Reconvalescenz, Beseitigung der Zersetzungsgefahr und Ungefährlichkeit des Verfahrens.

Ueber die beiden anderen Theile unseres Themas kann ich mich etwas kürzer fassen, da ich hier lediglich die Therapie besprechen möchte.

Zur Bekämpfung der bei Placenta praevia im Beginne der Geburt auftretenden Blutung stehen uns zweierlei Verfahren zu Gebote.

Das ältere und jetzt mit Recht wohl immer seltener in Anwendung gelangende Verfahren ist die Tamponade der Scheide; wohl hat auch diese durch die Besserung der Technik ihre Hauptgefahr der Infection verloren. In der Jodoformgaze oder im Braun'schen Colpeurynter ist sicher aseptisches bezw. antiseptisches Material gegeben, das bei sorgfältiger Desinfection der Scheide und bei rechtzeitigem Wechsel die Zersetzung des Blutes verhindert.

Die andere Behandlungsart, die von Braxton Hicks zuerst dabei empfohlene, von Hofmeier in Deutschland inaugurirte, combinirte Wendung mit Herunterstrecken eines Fusses, hat aber vor der Ersteren den grossen Vorzug, neben zweckmässigerer, rationellerer Blutstillung eine Beschleunigung der durch die Complication so sehr gefährlichen Geburt herbeizuführen, allerdings wie die Statistik zeigt, mehr als die Tamponade auf Kosten des Kindes.

Lassen wir zunächst Zahlen sprechen, so ergiebt sich, dass im genannten Zeitraum in hiesiger Poliklinik 67 Fälle von Placenta praevia zur Behandlung kamen, von denen im Ganzen 7 = 10.4 Proc. mit dem Tod der Mütter endeten. 6 Frauen starben an Blutungen mehrere Stunden bis mehrere Tage nach der Geburt, 1 an Sepsis.

Die Kindersterblichkeit belief sich hier auf 35 = 52,2 Proc.

Das Verfahren besteht darin, dass, sobald der Cervicalcanal für 2 Finger durchgängig ist, die combinirte Wendung ausgeführt wird und ein Fuss des Kindes so tief wie möglich in die Scheide heruntergezogen wird. Ob dabei die Placenta durchbohrt wird oder nicht, hängt allein von dem Sitz derselben ab; stets wird versucht, neben derselben hinauf zu Eihäuten zu gelangen, um diese und nicht die Placenta zu perforiren.

Der Effect der vollendeten Wendung ist stets der gleich günstige, nämlich absolute Blutstillung; das Kind wird zum blutstillenden Tampon, der wie kein anderer die bei Ablösung der Placenta eröffneten Gefässe zudrückt. Gerade darin liegt die Ueberlegenheit dieser Behandlung über jede andere.

Der herunter geholte Fuss wird nun dauernd angezogen erhalten, ohne dass aber an demselben ein stärkerer Zug ausgeübt wird als eben nöthig ist, den Fuss am Zurückgleiten in den Uterus zu verhindern.

Es wurde darüber gestritten, ob es zweckmässiger sei, an die Wendung die Extraction anzuschliessen oder zu warten. Diese Fragestellung ist principiell falsch. Die Extraction anzuschliessen, ist bei dieser Situation für alle die Fälle, bei welchen man einen nur für zwei Finger durchgängigen Muttermund angetroffen hatte, vornherein unmöglich; sie hiesse hier Accouchement forcé.

Die anatomischen Verhältnisse bei Placenta praevia erfordern aber, noch ängstlicher als sonst Cervixrisse zu vermeiden, ist doch hiebei die Zerreissbarkeit und der Gefässreichthum des unteren Uterusabschnittes erhöht. Hofmeier warnt in seiner diese Behandlung empfehlenden Veröffentlichganz besonders vor brüskem Vorgehen.

Die Geburt des Kindes ist, selbst wenn das Absterben desselben gewissermaassen unter den Händen des Operateurs vorgeht, bis zuletzt der Natur zu überlassen.

Die geringe Nachhilfe, die durch Angezogenerhalten des Fusses, zweckmässig verbunden mit einem Druck von oben geleistet wird, hat nicht so sehr Beschleunigung der Geburt zum Zwecke als vielmehr den jeweilig grössten Umfang des in dieser Lage einen Keil mit der Spitze nach unten darstellenden Kindes in dem Cervicalcanal festzuhalten.

Es erübrigt nun die 7 Todesfälle etwas näher in's Auge zu fassen, bei welcher Betrachtung wir unmittelbar zu dem 3. Theil unseres Themas, der Behandlung der atonischen Blutungen übergeleitet werden.

Von dem einen an Sepsis im Wochenbett erfolgten üblen Ausgang abgesehen starben 6 Frauen an Verblutung post partum. Als Ursache der Blutung ist in allen diesen Fällen im Journal Atonia uteri, nicht Cervixriss angegeben, die ja gerade bei Plac. praevia besonders zu fürchten ist.

Der üble Ausgang in diesen Fällen kann nicht der combinirten Wendung zur Last gelegt werden, sondern nur den damals üblichen Methoden der Bekämpfung atonischer Blutungen.

Es ist nicht meine Absicht, alle gegen Nachblutungen ex atonia uteri gebräuchlichen Methoden und Mittel aufzuführen. Vielmehr möchte ich nur zum Schluss die von mir selbst in der hiesigen Poliklinik gemachten Erfahrungen mit der von Dührssen empfohlenen intrauterinen Jodoformgazetamponade mittheilen.

Im letzten Herbst hatte ich während 5wöchentlicher Thätigkeit in der geburtshilflichen Poliklinik Gelegenheit bei 7 Fällen die Wirkung der intrauterinen Jodoforgazetamponade zu beobachten.

Die Fälle waren zum Theil mannigfach complicirt, 3mal war manuelle Placentarlösung vorgenommen worden, 1mal handelte es sich um eine 44jährige I para mit rhachitisch plattem Becken ersten Grades und übergrossem Kind. In all diesen Fällen gelang es, durch die Uterustamponade mit überraschender Sicherheit atonische bezw. Cervixrissblutungen zum Stillstand zu bringen. Besonders wohlthätig wurde diese Methode bei einer 10gebärenden Frau empfunden, die Hämophilin ist und jedesmal nach spontanem Verlauf der Geburt in der Nachgeburtsperiode und noch nach Ausstossung der Placenta ärztliche Hilfe wegen lebensbedrohlicher Blutung requiriren musste. Stets hatten sich bei derselben wiederholt im Uterus grosse Blutgerinnsel gebildet; nachdem dieselben herausmassirt waren, füllte er sich im Verlauf einer halben Stunde wieder; Patientin wurde dadurch nach jeder Geburt hochgradig anämisch, so dass sie lange Zeit zur Erholung bedurfte. Einen ähnlichen Fall theilte Ohlshausen mit. Angeregt durch die kurz vorher selbst erlebten, günstigen Erfolge mit der Jodoformgazetamponade, verlor ich diesmal keine Zeit durch andere Therapie mit

dem Effect, dass sich der Uterus, wie Dührssen stets hervorhebt und wie ich in meinen Fällen ebenfalls sah, sofort über dem Tampon fest contrahirte und kein Tropfen Blut aussickerte, noch auch Gerinnselbildung im Uterus eintrat.

Die Frau versicherte, niemals bisher so kräftig über das Wochenbett gekommen zu sein. Gerade die nachhaltende, zuverlässige Wirkung gab der Tamponade hier über die anderen Mittel, die nur vorübergehend zu helfen vermochten, einen grossen Vorrang.

Die Art der Ausführung geschah theils, wie Dührssen empfiehlt, so, dass die Muttermundslippen mit Kugelzangen tiefgezogen wurden und mit einer langen Kornzange ein grosser Streifen Jodoformgaze in die Uterushöhle bis zum Fundus hinaufgestopft wurde; oder es wurde nur mit der Hand die Gaze nacheinander hochgeschoben und festgedrückt.

Nach allem möchte ich das Dührssen'sche Verfahren als eine wesentliche Bereicherung unserer Therapie bei Bekämpfung atonischer Blutungen bezeichnen. Freilich darf man nicht vergessen, dass dasselbe als solches einen Eingriff in die frischpuerperale Uterushöhle darstellt, der nur bei Nothwendigkeit gerechtfertigt ist. Stets wird, namentlich bei nicht momentan bedrohlichen Blutungen die gewöhnliche Behandlung, besonders Massage, heisse Douche, Ergotin etc. zuerst zu versuchen sein. Man braucht aber nicht so ängstlich wie bisher die Uterustamponade bis zu der alleräussersten Noth aufzuheben, wodurch die Frau in einen schwer reparablen Verblutungszustand kommt.

Die allenthalben mit Recht so gefürchtete Behandlung der Uterushöhle mit Liquor ferri dürfte fortan obsolet werden. Rechtzeitig und richtig ausgeführt lässt die Jodoformgazetamponade der Uterushöhle wohl mit Sicherheit eine Verblutung ex atonia uteri vermeiden.

Aus dem pathologischen Institute zu München.

Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der Infectiosität des Fleisches perlsüchtiger Rinder.

Von Dr. *Wilhelm Kastner* in München.

Vor einiger Zeit wurden in dieser Wochenschrift[1]) Resultate einer Reihe von Versuchen veröffentlicht, die ich mit dem Fleische perlsüchtiger Rinder anstellte. — Es möge mir gestattet sein, in Kürze auf diese Resultate zurückzukommen. In 16 Fällen wurde das Fleisch von Rindern, die an Perlsucht litten, unter streng aseptischen Cautelen ausgepresst und in der Quantität von 3—5 ccm mittelst sterilisirter Spritze den Versuchsthieren (Meerschweinchen) der Bauchhöhle einverleibt. Es handelte sich hiebei nur in einem einzigen Falle um so hochgradig entwickelte Perlsucht, dass das Fleisch confiscirt und daher dem menschlichen Genusse vorenthalten wurde; bei den übrigen Fällen war die Perlsucht mehr oder minder stark ausgeprägt. Ich gebrauchte damals nur Fleisch von solchen Thieren, bei denen die Perlsucht die charakteristische Verkalkung der Knoten zeigte und wo nicht der seltenere Fall von Verkäsung eingetreten war. Bei der 8 Wochen nach der Impfung vorgenommenen Section bot sich ein durchaus übereinstimmendes negatives Resultat.

Im Anschluss daran und gleichsam als Fortsetzung meiner Versuche experimentirte Steinheil[2]) unter Benützung derselben Methode mit dem Fleische von an Tuberculose verstorbenen Menschen. Steinheil erzielte nun in allen Fällen Tuberculose und kam zu folgendem Resumé: „Dass bei Phthisikern mit hochgradiger Lungentuberculose das Muskelfleisch, respective der in demselben enthaltene Saft in der Regel infectiös ist, dass somit die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass das Fleisch von hochgradig perlsüchtigen Thieren Infectionskeime enthält".

Mein Bestreben ging nun dahin, den Gegensatz, der zwischen dem von Steinheil und mir gefundenen Resultate zu bestehen schien durch weitere Versuche aufzuklären. Ich suchte Fleisch von perlsüchtigen Rindern zu erhalten, welches mit dem Fleische von an Phthise verstorbenen Menschen die meiste Aehnlichkeit hatte. Ist es mir auch nicht gelungen, Fleisch von einem an Perlsucht gefallenen Thiere — das dem von Steinheil benützten Fleische wohl am nächsten gekommen wäre — zu erhalten, so wurde ich doch in die Lage versetzt, mit Ausnahme eines einzigen Falles nur solches Fleisch zu benützen, das wegen hochgradigster Perlsucht fast in allen Organen von der Fleischbeschau dem menschlischen Genusse vorenthalten und deshalb verscharrt wurde. Mein Augenmerk richtete sich nun hauptsächlich darauf, eine möglichste Uebereinstimmung der tuberculösen Veränderungen zwischen Mensch und Thier zu erhalten und auch das gelang, da bei allen Fleischproben die Tuberkelknoten in den Lungen und den übrigen Organen in Verkäsung wie beim Menschen und nicht in Verkalkung wie beim Rinde üblich übergegangen waren. So glaubte ich ein Fleisch erhalten zu haben, das demjenigen eines an Phthise verstorbenen Menschen wohl am nächsten käme.

Es wurden im Ganzen 12 Versuche mit dem Fleische von 7 verschiedenen Thieren angestellt. Wie schon oben erwähnt, wurde das Fleisch bis auf Fall VI verscharrt. Das benützte Fleisch war frisch und zeigte nicht die geringsten makroskopisch sichtbaren tuberculösen Veränderungen.

I. Versuch. 1½jährige Kalbin. Fleisch wurde confiscirt. 1 Meerschweinchen wurde mit 2 ccm Fleischsaft geimpft.

Das Versuchsthier magerte nach ungefähr 5 Wochen bedeutend ab, verlor seine Fresslust. An der Injectionsstelle keine Veränderung.

Section nach 9 Wochen ergab ausgedehnte Tuberculose des Peritoneums und des Netzes. Das Letztere war ein derber, harter Strang, wurstförmig aufgerollt, ein typisches Bild von Omentitis tuberculosa. Die Leber war dunkelroth, blutreich und ebenso, wie die Milz, die sich stark vergrössert erwies, mit einzelnen Knötchen besetzt. Diaphragma und Lungen waren frei. Mikroskopisch konnten Tuberkelbacillen nachgewiesen werden.

1. Resultat: positiv.

II. Versuch. 2jähriger Stier. Fleisch confiscirt. 1 Meerschweinchen mit 2 ccm Saft geimpft, zeigte während der Beobachtungszeit keine auffallende Veränderung, nur an der Einstichstelle zeigte sich ein harter Knoten.

Tödtung nach 9 Wochen ergab an der Einstichstelle einen kleinen, erbsengrossen Tumor, der verkäste Massen enthielt, in denen auch Tuberkelbacillen sich vorfanden. Sonst völlig normalen Befund. Das Thier war trächtig, die Jungen nicht abgestorben.

Es ist möglich, dass bei diesem Falle die Injectionsflüssigkeit grösstentheils nur in die Haut kam, da eine weitere Entwickelung der Tuberculose nicht statthatte. Jedenfalls muss aber auch dieser Fall als ein positiver bezeichnet werden.

2. Resultat: positiv.

III. Versuch. 9jährige Kuh. Fleisch confiscirt. 2 Meerschweinchen wurden injicirt.

a) Ein Meerschweinchen mit 2 ccm. Sichtliche Abmagerung während der Beobachtungszeit.

Section nach 9 Wochen ergab Tuberculose des Peritoneums. Omentitis tuberculosa. Tuberculose der Milz. Diaphragma und Lungen frei.

3. Resultat: positiv.

b) Ein Meerschweinchen mit 2 ccm Saft injicirt, nachdem zuerst das Peritoneum mit schwacher Ammoniaklösung gereizt worden war. Starke Abmagerung.

Section nach 9 Wochen. Hier ergab sich ein viel ausgeprägteres Bild wie bei III. a. Mächtige Entwickelung der Tuberculose des Peritoneums, des Netzes, der Leber, sehr starke Vergrösserung der tuberculösen Milz. Tuberculose des Diaphragmas und der Lungen.

4. Resultat: positiv.

IV. Versuch. 6jähriger Ochse. Fleisch confiscirt. 2 Meerschweinchen wurden injicirt.

a) Ein Meerschweinchen mit 2 ccm Saft. Die Einstichstelle des stark abmagernden Thieres zeigte einen erbsengrossen Knoten, der sich bei der nach 9 Wochen vorgenommenen Section als verkäst erwies, sonst Tuberculose der Organe der Bauchhöhle und des Diaphragmas. Lungen frei. Tuberkelbacillen nachgewiesen.

5. Resultat: positiv.

b) Ein Meerschweinchen mit 2 ccm Saft injicirt, nachdem das Peritoneum mit Ammoniak gereizt worden war. Abmagerung des Thieres.

Tödtung nach 9 Wochen ergab allgemeine hochgradigste Tuberculose, sehr bedeutende Milzvergrösserung; Lungen stark ergriffen. Tuberkelbacillen nachweisbar.

6. Resultat: positiv.

V. Versuch. 7jährige Kuh. Fleisch confiscirt.

a) Einem Meerschweinchen wurden, nachdem mit fast unver-

---

[1]) Jahrgang 1889 No. 34 u. 35.

[2]) Steinheil: Ueber die Infectiosität des Fleisches bei Tuberculose. Diese Wochenschrift 1889 No. 40 u. 41.

dünnter Ammoniaklösung das Peritoneum gereizt war, 2 ccm Saft eingespritzt. Das Thier magerte auf das Aeusserste ab.

Section nach 10 Wochen ergab hochgradigste Tuberculose in allen Organen. Verklebung des Peritoneums. Leber war hypertrophisch-cirrhotisch. Milz sehr stark vergrössert. Tuberkelbacillen nachweisbar.

7. Resultat: positiv.

b) Ein Meerschweinchen wurde nur mit 2 ccm Saft geimpft.

Section nach 10 Wochen ergab allgemeine Tuberculose auch der Lungen; Verklebung des Peritoneums war nicht eingetreten.

8. Resultat: positiv.

VI. Versuch. Kuh 5 Jahre alt. Mittelschwerer Fall. Fleisch wurde dem Verkaufe unterstellt.

a) 1 Meerschweinchen, dem Ammoniak und dann 2 ccm Saft eingespritzt wurde, erkrankt laut der nach 11 Wochen vorgenommenen Section nicht an Tuberculose.

9. Resultat: negativ.

b) 1 Meerschweinchen nur mit 2 ccm Saft eingespritzt, ergab dasselbe Resultat.

10. Resultat: negativ.

VII. Versuch. 4jähriger Ochse. Fleisch confiscirt.

a) 1 Meerschweinchen 3 ccm Saft. Abmagerung.

Section nach 10 Wochen ergab mit Ausnahme der Lungen in allen Organen Tuberculose.

11. Resultat: positiv.

b) Ein Meerschweinchen mit Ammoniak und dann 2 ccm Saft injicirt zeigte hochgradigste allgemeine Tuberculose. Leber cirrhotisch. Milz sehr vergrössert.

12. Resultat: positiv.

Die Untersuchungen ergaben demnach 10mal ein positives und 2mal ein negatives Resultat. Sieht man von dem Fall VI ab, wo mit dem Fleische eines mittelschwer erkrankten Thieres experimentirt und welches nicht confiscirt wurde, so ergiebt sich bei allen schweren Fällen ein durchaus positives Resultat und somit Uebereinstimmung mit den Resultaten Steinheil's. Auch in meiner vor ca. 2 Jahren angestellten Versuchsreihe finden sich einige hochgradige Fälle von Perlsucht, doch nur in einem einzigen Falle war sie so ausgedehnt, dass das Fleisch confiscirt werden musste. Die damals benützten Thiere boten aber, wie schon Eingangs erwähnt, nicht das Bild der Verkäsung der tuberculösen Processe, sondern das der Verkalkung. Darauf ist meiner Ansicht nach das Hauptgewicht zu legen, um die verschiedenen Resultate erklären zu können. Eine Verschleppung aus einem verkästen Gewebe in die Säftemasse mittelst der durch die verkästen Tuberkel arrodirten Gefässbahnen dürfte unverhältnissmässig leichter zu Stande kommen als von einem verkalkten Herde aus, ja Letzteres dürfte fast zu den Unmöglichkeiten gehören. Meine Versuche liefern ausserdem auch den Beweis, dass Organe, die in einen Entzündungszustand versetzt wurden (hier durch Ammoniak), den Tuberkelbacillen oder deren Sporen viel leichter zugänglich sind als normale Organe. Bei allen Versuchen, bei denen zuerst das Peritoneum mit Ammoniak gereizt wurde, entwickelte sich die Tuberculose viel heftiger und während bei den übrigen Fällen die Lungen intact blieben, zeigte sich hier auch mächtige Entwickelung der Tuberculose in den Lungen. Die Tuberkelbacillen wurden von dem kranken Peritoneum früher aufgenommen und weitergeschleppt als von dem normalen.

Diese Erfolge bieten mir auch willkommene Gelegenheit, auf ein Gutachten Dr. Fleischmann's zurückzukommen, das in den Verhandlungen der bayerischen Aerztekammern im Jahre 1889 zur Kenntniss gebracht wurde. Fleischmann sagt: „Dr. Kastner's Impfversuche mit Fleischsaft perlsüchtigen Viehes kann ich übergehen. Er hat keinen Beweis erbracht, ob und wie viel Tuberkelbacillen in dem verwendeten Fleische waren; dann hat er das Fleisch einfach zerschnitten statt verrieben. Bei der Lagerung der Bacillen im Zellgewebe machen diese beiden Umstände seine Versuche für die Praxis werthlos.“ — Im Gegensatz hiezu nun erkannte Fleischmann in demselben Gutachten die Versuche Steinheil's vollständig an. Da Steinheil sich genau derselben Methode bediente und der einzige Unterschied nur darin liegt, dass statt wie bei mir mit Fleisch von perlsüchtigen Thieren, dort mit dem Fleische von an Phthise gestorbenen Menschen experimentirt wurde, so ist mir ein derartiges Urtheil über meine Versuche ganz unerklärlich und spricht nicht für die in solchen Fragen erforderliche Objectivität. An Steinheil wurde nicht das Ansinnen gestellt, zuerst das Fleisch auf Tuberkelbacillen zu untersuchen; dort war der Referent damit einverstanden, dass das Fleisch gepresst und nicht, wie er von mir verlangte, zerrieben wurde, auch scheint er mit der Lagerung der Tuberkelbacillen im menschlichen Muskel mehr einverstanden zu sein als mit der im sonstigen Thierfleische. Referent scheint die Absicht, durch die ich mich bei den Versuchen leiten liess, nicht richtig erfasst zu haben. Die Erbringung des Beweises, ob im Muskelfleische Tuberkelbacillen vorhanden seien oder nicht, sollte ja gerade durch diese Versuche erbracht werden, da ja der Nachweis durch mikroskopische Untersuchung des Fleisches ausser bei Miliartuberculose noch nicht gelungen, so wenig wie der in dem Fleische wahrscheinlich befindlichen Sporen. Wäre aber der Nachweis mikroskopisch unfehlbar gelungen, so wären die Versuche, die ich anstellte, so ziemlich überflüssig, da es wohl wenige Forscher giebt, die bei Einimpfung von Tuberkelbacillen heutigen Tages eine Infectionsgefahr leugnen dürften. Fleischmann fordert also von mir einen Beweis schon vor den angestellten Thierversuchen, der aber erst durch die Versuche und auf die Resultate hin gewonnen werden sollte. Von Steinheil wurde dieser zuerst gebrachte Beweis nicht gefordert, da, wie es scheint, die Steinheil'schen Resultate dem Herrn Referenten so wie so schon entsprachen. Meine jetzt angestellten Versuche rechtfertigen nunmehr glänzend die Methode, die bei den Versuchen eingeschlagen wurde, denn trotzdem, dass das Fleisch nicht gerieben, sondern zerschnitten und gepresst wurde, ergab sich ein positives Resultat. In meiner ersten Versuchsreihe waren eben keine Bacillen oder Sporen in dem Fleische.

Nach dieser neuen Versuchsreihe habe ich das von mir früher abgegebene Resumé etwas einzuschränken und glaube, dass bei der Beurtheilung der Infectionsgefahr das Hauptaugenmerk auf die pathologisch-anatomischen Verhältnisse zu richten ist.

Eine völlige Verkalkung der tuberculösen Processe dürfte, wie aus der ersten Versuchsreihe hervorgehend, eine Infectionsgefahr gering erscheinen lassen; finden sich dagegen verkäste Massen, wo dem Virus Thür und Thor geöffnet sind, so ist die Infectionsgefahr anzuerkennen. Sache der Fleischbeschau ist es demnach, darüber das Urtheil zu fällen, und dass dies bei gewissenhafter Pflichterfüllung möglich ist, darfür dürfte wohl das Vorgehen der Sanitätsbehörde des Münchener Schlacht- und Viehhofes ein glänzendes Zeugniss ablegen, denn mit keinem einzigen zum Genusse zugelassenen Fleische konnte ich ein positives Resultat gewinnen, wohl aber erwies sich confiscirtes Fleisch bis auf einen einzigen Fall als infectiös.

Zu weit dünkt mir daher der thierärztliche Congress in Paris gegangen zu sein durch den Beschluss, der unbedingten Ausschliessung perlsüchtiger Rinder vom Genusse. Es ist meiner Ansicht nach vielmehr von Fall zu Fall zu entscheiden, ob eine Infectionsgefahr vorhanden ist und dazu dürfte obige Andeutung über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse den richtigen Weg weisen und deshalb eine allgemeine streng durchgeführte Fleischbeschau nothwendig erscheinen lassen sowohl vom sanitären wie vom wirthschaftlichen Standpunkte aus. Wird nun das auf diese Weise begutachtete Fleisch weder im rohen noch im halbrohen Zustande genossen, so kann mit Bestimmtheit behauptet werden, dass eine Schädigung der Gesundheit nicht eintreten kann. — Schliessen möchte ich mit einem Ausspruch meines hochverehrten Lehrers Herrn Professors Bollinger, der da sagt: „Wenn wir mit Zahlen nachweisen könnten, wie viele Menschen indirect in Folge ungenügender Ernährung, insbesondere an mangelnder Fleischnahrung zu Grunde gehen, so würden wir ein viel höheres Procentverhältniss bekommen, als es in Folge des Fleisches kranker Thiere der Fall ist.“

Nachtrag: In einer neuerdings erlassenen preussischen Ministerial-Entschliessung (d. d. 26. März 1892) heisst es: „Eine gesundheitsschädliche Beschaffenheit des Fleisches von perlsüchtigem Rindvieh ist der Regel nach dann anzunehmen,

wenn das Fleisch Perlknoten enthält oder das perlsüchtige Thier, ohne dass sich in seinem Fleisch Perlknoten finden lassen, abgemagert ist; — ferner: „da nun eine perlsüchtige Erkrankung der Muskeln äusserst selten vorkommt, da ferner an der Berliner thierärztlichen Hochschule und an mehreren preussischen Universitäten in grossem Maassstabe Jahre lang fortgesetzte Versuche, durch Fütterung mit Muskelfleisch von perlsüchtigen Thieren Tuberculose bei anderen Thieren zu erzeugen, im Wesentlichen ein negatives Resultat gehabt haben, somit eine Uebertragbarkeit der Tuberculose durch den Genuss selbst mit Perlknoten behafteten Fleisches nicht erwiesen ist" etc. — Ohne hier in eine weitere Besprechung der wichtigen Angelegenheit einzutreten, ist jedenfalls daran festzuhalten, dass durch die oben mitgetheilten, schon im Jahr 1890 angestellten Versuche die Infectiosität des Fleisches von hochgradig tuberculösen Thieren ausser Zweifel gestellt ist. — J. Forster in Amsterdam (diese Wochenschrift No. 16, 1890) hat durch Impfung mit fein gehacktem Fleische tuberculöser Rinder in 7 Versuchsreihen 3 mal (= 43 Proc.) ebenfalls positive Resultate erzielt. Die Tuberculose war in den betreffenden Fällen meist so weit entwickelt, dass das Fleisch nicht zum Verkaufe zugelassen, sondern nach dem amtlichen Einsalzen an die Eigenthümer zurückgegeben werde. B.

Aus der chirurgischen Universitäts-Kinder-Klinik in München.

Ueber angeborene Deviationen der Fingerphalangen (Klinodactylie).

Von Oberarzt Dr. med. *W. Herzog.*

Die angeborenen Luxationen kann man mit Ausnahme derjenigen in der Hüfte als seltene Affectionen bezeichnen. Von den übrigen kommen am häufigsten die als Deviationen bezeichneten falschen Stellungen in den Phalangealgelenken der Finger vor. Auch die operative Behandlung genannter Affectionen ist mit Ausnahme der neuerdings gemachten Versuche bei den Hüftgelenksluxationen bis jetzt wenig berücksichtigt worden.

Aus diesen Gründen dürfte die Mittheilung eines Falles angeborener doppelseitiger Deviation der Daumenendphalangen nach der ulnaren Seite gerechtfertigt erscheinen, besonders da im vorliegenden Falle die operative Behandlung recht günstige Resultate ergeben hat.

Zunächst will ich in Kürze die Krankengeschichte folgen lassen:

Anamnese: Marie H., 10½ Jahre alt, wurde mit Verkrümmung der beiden Daumen geboren.

Der Vater, ein Schlosser, starb an Lungenschwindsucht. Die Mutter lebt und ist gesund. Das 1. Kind aus der Ehe kam nach künstlicher Entwicklung todt zur Welt und war nicht ganz ausgetragen. Während der Schwangerschaft mit unserer Patientin, dem 2. Kind, fiel die Mutter über die Treppe hinunter und litt seit dieser Zeit an Krämpfen im Unterleib. Das 3. Kind, ein Knabe, der noch lebt, wurde mit doppeltem Daumen an einer Hand und beiderseitig stark hervortretenden Augen geboren. Das 4. Kind, ein noch lebender Knabe, ist ganz normal gebildet. Das 5. Kind starb bald nach der Geburt. Alle Geburten waren schwer und mussten mit der Zange beendet werden. Ueber die Menge des Fruchtwassers konnten keine genauen Angaben gemacht werden.

Die Eltern hatten keine Bildungsfehler, auch sind in deren Familien keinerlei Missbildungen bekannt.

Die von Geburt an vorhandene falsche Stellung der Daumen, die sich immer gleich geblieben ist, macht der Patientin Beschwerde besonders beim Anfassen von Gegenständen, beim Schreiben und bei weiblichen Handarbeiten. In den ersten Lebensjahren wurde bereits ein operativer Heilungsversuch gemacht, doch konnte nichts genaues darüber ermittelt werden; auch war derselbe ohne Erfolg.

Status präsens. Das Kind, mit Ausnahme der beiden Daumen, vollständig normal und dem Alter entsprechend ausgebildet, in gutem Ernährungszustand, wird am 14. Juli 1891 ins Spital aufgenommen.

Am rechten Daumen (Fig. 1) ist die 2. Phalanx im Interphalangealgelenk stark ulnarwärts abgebogen, so dass die beiden Phalangen nahezu einen rechten Winkel bilden, der nach der Hand zu offen ist. Dabei ist weder eine Drehung noch eine Luxation der Endphalange vorhanden, sondern lediglich eine Deviation der Axe nach der Hand zu. Die Beugung im Interphalangealgelenk ist vollkommen frei und ist in flektirter Stellung die Deviation nicht vorhanden. Beim Versuch, die Deviation auszugleichen, entsteht Schmerz. Bei der Beugung sieht man deutlich, dass der radiale Theil des Capitulums der 1. Phalanx stärker entwickelt ist und über den ulnaren Theil desselben hervorsteht.

Am linken Daumen (Fig. 2) finden sich dieselben Verhältnisse wie rechts, nur ist der Winkel, den beide Phalangen bilden, etwas stumpfer.

An der Radialseite beider Interphalangealgelenke verläuft eine 2 cm lange, gut geheilte Längsnarbe.

Am 18. Juli wurde der operative Eingriff am rechten Daumen gemacht. Narkose. Blutleere.

Zunächst wird von einem Längsschnitt auf der ulnaren Seite das Ligamentum laterale des Interphalangealgelenkes durchschnitten. Da hiedurch eine Correction der Stellung nicht zu erreichen war, wurde durch einen Längsschnitt an der radialen Seite des Gelenkes und Durchschneidung des Ligamentum laterale an dieser Seite das Gelenk weit eröffnet und hierauf eine schräge Resection des Capitulums der 1. Phalanx mit dem Messer gemacht, wobei der Knorpel ganz entfernt wird und auf der radialen Seite ein Stück Knochen wegfällt (cf. Fig. 1). Jetzt lassen sich die beiden Phalangen in die richtige Stellung zu einander bringen. Naht. Fixation auf einer Schiene. Antiseptischer Verband.

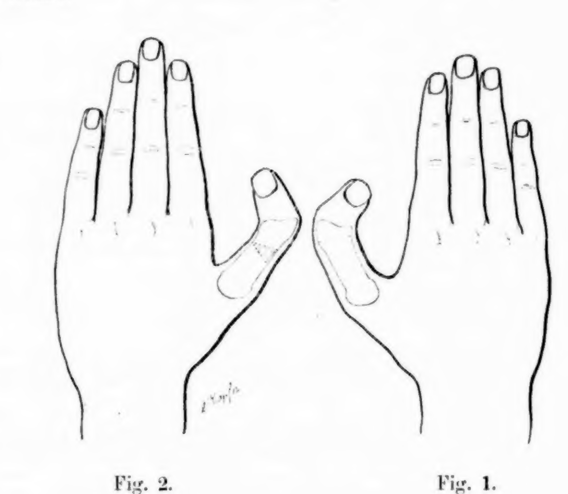


Fig. 2. Fig. 1.

Am 5. VIII. sind die Wunden fest vernarbt. Zur Erzielung eines beweglichen Gelenkes wurden passive Bewegungen ausgeführt. Da jedoch die 2. Phalanx starke Neigung zur Wiederkehr in die falsche Stelle zeigte, wurde am

19. VIII. ein Gipsverband angelegt, der die beiden Phalangen in richtiger Stellung fixirt. Nach 10 Tagen wird der Verband wieder abgenommen. Die Stellung ist ziemlich gut. Die weitere Behandlung besteht in Massage und passiven Bewegungen.

Da jedoch das Resultat am rechten Daumen nicht ganz befriedigend war, indem eine grosse Neigung noch fortbestand zur Deviation, und ausserdem die Bewegungen im Interphalangealgelenk beschränkt blieben, wurde am linken Daumen eine andere Operationsmethode gewählt. Am 2. September wurde in Narkose und Blutleere von einer Längsincision an der radialen Seite der ersten Phalanx aus subperiostal ein Keil mit radialer Basis entfernt (cf. Fig. 2) und zwar dicht oberhalb des Interphalangealgelenkes unter Schonung desselben. Nach Fracturirung der übrig gebliebenen, ulnarwärts gelegenen Knochenlamellen, lässt sich die Stellung ziemlich ausgleichen. Naht, Schiene, antiseptischer Verband.

Am 11. IX. ist die Wunde geheilt und die Nachbehandlung besteht in Schienenverbänden und später, nach Konsolidation der Knochenfractur, in Massage sowie activen und passiven Bewegungen der Daumengelenke.

Anfangs April 1892 konnte folgender Befund constatirt werden. Die Stellung ist, wie aus den Fig. 3 und 4 ersichtlich, eine fast normale. Doch muss bemerkt werden, dass an der rechten Hand die Neigung zu geringgradiger Deviation noch vorhanden ist, wenn die 2. Phalanx nicht unterstützt wird.[1]) Auch ist aus den Zeichnungen zu erkennen, dass rechts (Fig. 3) die 2. Phalanx in der Entwicklung zurückgeblieben ist, während links (Fig. 4) die Phalanx sich normal weiter entwickelt hat. Rechts ist die Beweglichkeit im Interphalangealgelenk, wenn auch passiv ziemlich ausgedehnt, so doch activ wenig möglich, so dass die Gebrauchsfähigkeit des Daumens dadurch beeinträchtigt ist und beim Arbeiten leicht Schmerzen entstehen. Links dagegen ist die Stellung eine nahezu vollkommene. Neigung zu Deviation besteht hier nicht. Auch ist, da die Gelenke

[1]) Fig. 3 und 4 sind zwar durch directes Nachfahren der aufgelegten Hände gewonnen; doch ist rechts die 2. Daumenphalanx unterstützt und dadurch die Stellung eine so gute. Links ist dagegen die Stellung des Daumens stets, auch ohne Unterstützung, wie in der Abbildung.

hier intakt blieben, die Beweglichkeit normal und die Gebrauchsfähigkeit eine gute.

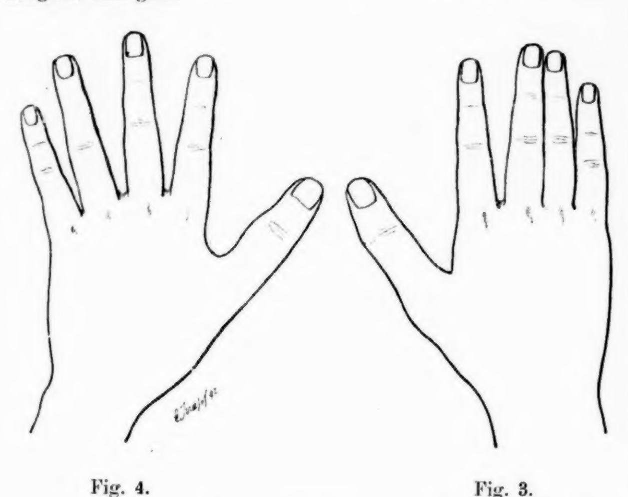


Fig. 4. Fig. 3.

Unter den angeborenen Missbildungen der Finger, zu denen die Fälle von überzähligen Fingern (Polydaktylie), von mangelnden Fingern (Ektrodaktylie, Brachydaktylie) oder von zusammengewachsenen Fingern (Syndaktylie) gehören, sind wohl die seltensten diejenigen der Fingergelenke (Klinodaktylie).

Diese letztere Affection, zu der auch unser Fall gehört, besteht nicht in einer wirklichen Luxation, wie sie an der Hüfte und in selteneren Fällen am Humerus oder Radius beobachtet ist, sondern bloss in einer falschen Stellung der ein Fingergelenk zusammensetzenden Knochen zu einander, das heisst in einer Abweichung oder Deviation der Axe derselben. Diese Stellung kann aber nicht ausgeglichen werden und ist hervorgerufen durch ein abnormes Wachsthum der Knochenenden.

J. A. Fort[2]), dem wir die ausführlichste Besprechung des vorliegenden Gegenstandes verdanken, unterscheidet eine palmäre, dorsale und laterale Deviation der Finger.

Die palmäre oder vielmehr volare Deviation besteht in einer mehr oder minder beträchtlichen Flexion des Fingers. Der Instrumentenmacher Mathieu hat einen solchen Fall bei einem jungen Knaben mitgetheilt, dessen kleiner Finger jeder Hand halb flectirt war, und zugleich ein eigenes Instrument für dieses Leiden construirt.

Die dorsale Abweichung ist vielleicht häufiger beobachtet worden. Dabei sind die Finger zurückgebogen, bald in allen 3 Gelenken, bald bloss in einzelnen, und man kann sie nicht gut beugen. Gewöhnlich fühlt man unter der Haut keinen Strang. Hierher ist ein Fall von Chaussier zu zählen, welcher bei einem Fötus, der zugleich congenitale Luxationen der Hüft-, Knie- und Fussgelenke zeigte, auch solche der 3 letzten Finger der linken Hand auf die Dorsalseite der Hand sah. A. Bérard beobachtete zuweilen bei weiblichen Neugeborenen eine angeborene Rückwärtskrümmung der letzten Phalangen der Finger. Im Falle von Malgaigne standen bei einer Frau die Endphalangen sämmtlicher Finger in einem Winkel von 135° dorsal flectirt, wobei die Köpfchen der 2. Phalangen unter der Haut vorstanden. Die Gebrauchsfähigkeit der Hand wurde dadurch nicht behindert Patientin konnte selbst Clavierunterricht geben. Auch von Guéniot ist ein Fall von Dorsalverschiebung von Nagel- und Mittelglied aller 4 Finger bekannt.

Die dritte Art der Fingerdeviation ist die seitliche, von der Robert[3]) einen charakteristischen Fall beobachtet hat. Ein kleines Mädchen von 6 Jahren hatte am Zeigefinger eine angeborene Luxation der letzten Phalanx, welche im stumpfen Winkel nach aussen gerichtet war. Man konnte durch die Haut eine leichte Atrophie des Condylus externus des unteren Endes der Phalangine erkennen. Der Condylus internus dagegen war vorstehend. Wie Robert meint, machte die Kürze des Ligamentum laterale externum diese Abweichung zu einer dauernden und hinderte die Grundstellung. Er überzeugte sich jedoch von der Unrichtigkeit dieser Ansicht, denn nach der subcutanen Durchschneidung des Ligamentes blieb trotz der Anwendung von Verbänden die Operation ohne Erfolg. Auch Annandale[4]) sah an den Fingern beider Hände eines jungen Mannes eine partielle angeborene seitliche Dislocation. Ein anderes Glied der Familie (ein Onkel) hatte eine ähnliche Difformität. Die gleiche falsche Stellung konnte bei Prof. Trousseau constatirt werden, dessen Phalangetten der 2 kleinen Finger stark nach innen deviirt waren.

Allen diesen Fällen ist gemeinschaftlich, dass die Bewegungen in fast ungehindertem Umfange möglich sind und dass sich keinerlei Verkürzungen oder anormale Entwickelung der umgebenden Weichtheile vorfinden, zum Unterschied gegen die Contracturen, die ebenfalls angeboren vorkommen.

Den oben angeführten Fällen von seitlicher Deviation reiht sich nun unser Fall an. Es handelte sich dabei um eine angeborene, fast rechtwinkelige und nicht ausgleichbare Deviation der 2. Phalangen beider Daumen im Interphalangealgelenke nach der ulnaren Seite hin, ohne Drehung oder Luxation der abgewichenen Phalanx, und ohne dass dabei die Bewegungsfähigkeit im Gelenke beeinträchtigt wurde. Dabei konnte man, wie im Falle von Robert, deutlich eine stärkere Entwickelung des einen, nämlich des radialen Theiles des Capitulum der 1. Phalanx (Condylus externus) und ein Hervorstehen über den ulnaren Theil (Condylus internus) constatiren. Dieser letztere Umstand verleiht der Affection eine grosse Aehnlichkeit mit dem Genu valgum.

Was die Therapie betrifft, so liegen noch keine Veröffentlichungen von gelungenen Heilresultaten vor. Ausser dem schon oben erwähnten Mathieu'schen Instrument hat Robert, wie ebenfalls schon bemerkt, ausgehend von der Meinung, die falsche Stellung würde von einer Verkürzung des einen Ligamentum laterale hervorgerufen, die subcutane Durchschneidung desselben, jedoch ohne Erfolg gemacht. Bérard wendete bei seinen Fällen „2 kleine Weissblechschienen mit Leinen umwickelt an, welche man mit einer kleinen Binde auf der palmaren und dorsalen Fingerseite befestigte, und welche längere Zeit liegen bleiben mussten.“ Vogt[5]) meint, dass „statt solcher complicirter orthopädischer Vorrichtungen meist eine partielle Resection solchen difformen Gelenkes angezeigt sein wird.“

In unserem Falle wurde rechts, nach erfolgloser Durchschneidung des Ligamentum laterale auf der ulnaren Seite die schräge Resection des Capitulums der 1. Phalanx gemacht. Das Resultat dieses Eingriffes war aber nicht sehr befriedigend, denn die 2. Phalanx hat, wenn sie nicht unterstützt wird, noch die Neigung, nach der Seite abzuweichen; dann ist die Bewegung im Interphalangealgelenke keine gute und ausserdem sind Beschwerden beim Gebrauche des Daumens vorhanden. Aus diesen Gründen wurde links, ähnlich wie bei den Genu valgum-Operationen, ein Keil aus der 1. Phalanx mit der Basis nach der radialen Seite zu herausgenommen. Obgleich zuerst der Knochen stark verdickt erschien, ist das Resultat auf dieser Seite ein völlig zufriedenstellendes und ich kann deshalb diese Operationsmethode für ähnliche Fälle als die geeignetste und die besten Resultate bietende empfehlen.

Aus dem städtischen Krankenhause zu Nürnberg.

Die Influenza-Epidemie des Winters 1891/92.

Von Dr. *F. Gutmann*, Assistenzarzt der inneren Abtheilung.

Gegen Ende November 1891 traten, nachdem im Winter 1890/91 bei uns wie anderwärts Influenzafälle nicht beobachtet worden, wieder Grippeerkrankungen in grösserer Zahl auf. Im

[2]) J. A. Fort, Des difformités congénitales et acquises des doigts et des moyens d' y remédier. Thèse. Paris, 1869, p. 60.

[3]) Alph. Robert, Des vices congenitaux de conformation des articulations. Thèse. Paris, 1885. p. 103.

[4]) Th. Annandale, The malfomations, diseases and injuries of the Fingers and Toes and their surgical treatement. Edinburgh, 1865. p. 65.

[5]) Vogt, Die chirurgischen Krankheiten der oberen Extremitäten. Deutsche Chirurgie. Liefg. 64. 1881. p. 25.

Krankenhause kündigte sich die Influenza auf der männlichen Abtheilung am 20. November mit einem vereinzelten, jedoch ausgesprochenen Fall an, aber erst vom 21. December ab gingen ununterbrochen zahlreichere Fälle zu. Auf der weiblichen Abtheilung wurde am 12. und 17. December je 1 Fall constatirt und vom 24. December ab mehrten sich die Zugänge. Gegenwärtig, Ende Februar 1892, scheint der Zugang im Aufhören begriffen zu sein. Im Ganzen war bei beiden Geschlechtern die Zahl von Influenzakranken nicht excessiv und erreichte nicht die Anzahl der vor 2 Jahren im Krankenhause behandelten Fälle.

Vom 20. November 1891 bis 29. Februar 1892 wurden auf unserer männlichen inneren Abtheilung 138 Fälle von Grippe behandelt. Von diesen gingen 128 Patienten von aussen zu, 10 lagen an anderen Erkrankungen im Hospitale, wo sie von der Seuche ergriffen wurden. Auf der weiblichen Abtheilung betrug die Zahl der Fälle, die vom 12. December 1891 bis 29. Februar 1892 beobachtet wurden, 124. Davon gingen 119 aus der Stadt zu und 5 bereits im Krankenhause Befindliche erkrankten an Influenza. In Summa beläuft sich also das dieser Arbeit zu Grunde liegende Material auf 262 Fälle.

Von den 138 männlichen Fällen endete, obwohl darunter 24 Fälle mit zum Theil sehr schweren Influenzapneumonien complicirt waren, kein Fall letal. Dagegen gingen von den 124 weiblichen Patienten 4 an Katarrhalpneumonie zu Grunde. Der erste Todesfall betraf ein schwächliches, mit hochgradiger rechtsseitiger Kyphoskoliose behaftetes 17 jähriges Mädchen. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 61 jährige, an starkem Emphysem leidende Person. Im 3. und 4. Falle endlich waren es kräftige junge Mädchen, bei denen die ausgedehnten in Eiterung übergehenden Katarrhalpneumonien einen dem Bild der Sepsis ähnlichen Allgemeinzustand bewirkten.

Sämmtliche Aerzte der Anstalt versahen ihren Dienst ohne Unterbrechung. Von den Pflegeschwestern musste nur eine kurze Zeit das Bett hüten.

Alter der Patienten	Männer	Procent	Weiber	Procent
Im Alter von 13—15 Jahren standen	18	13,04	6	4,84
„ 16—20 „ „	53	38,41	57	45,97
„ 21—25 „ „	19	13,77	36	29,03
„ 26—30 „ „	24	17,39	14	11,29
„ 31—35 „ „	8	5,80	4	3,22
„ 36—40 „ „	3	2,17	2	1,61
„ 41—45 „ „	—	—	—	—
„ 46—50 „ „	4	2,90	1	0,81
„ 51—55 „ „	6	4,35	2	1,61
„ 56—60 „ „	—	—	1	0,81
„ 61—65 „ „	3	2,17	1	0,81
Summa	138	100,00	124	100,00

Wenn in der vorausgehenden Tabelle die Altersclassen von 16—20, 21—25 und 26—30 Jahren gegenüber den übrigen Altersstufen mit einem bedeutend höheren Procentsatz vertreten sind, so wird dies ungleiche Procentverhältniss nur dadurch bewirkt, dass unser Krankenhaus wie andere öffentliche Krankenanstalten in erster Linie von den Mitgliedern der Gemeindekranken- und der Dienstbotencasse, meist Personen der oben angeführten Altersclassen, frequentirt wird.

Die folgende kleine Zusammenstellung soll dazu dienen, eine Uebersicht über die durchschnittliche Behandlungsdauer bei unseren Influenzakranken zu gewähren. 10 Männer befinden sich zur Zeit noch im Spitale, also konnten nur 128 berücksichtigt werden. In Folge des zeitweise herrschenden Platzmangels wurden fast alle schwer erkrankt Gewesenen möglichst bald für 8 oder 14 Tage in das in der Nähe des Bauplatzes für unser neues Krankenhaus gelegene städtische Genesungshaus bis zur völligen Arbeitsfähigkeit gesandt. Dieser Aufenthalt ist bei der Aufstellung der Tabelle ausser acht gelassen. Für die weiblichen Patienten dieselbe Berechnung anzustellen war nicht möglich, da eine grosse Zahl der leicht Erkrankten mit Rücksicht auf die beschränkten Räumlichkeiten unserer von Jahr zu Jahr wachsenden weiblichen Abtheilung nach kurzem Aufenthalt im Krankenhause zur Weiterbehandlung in das städtische Reservespital transferirt wurden.

Behandlungstage	Männer	Procent
1— 5	21	16,41
6—10	65	50,78
11—15	28	21,88
16—20	10	7,81
21—25	4	3,12
Summa	128	100,00

Das Gros der Patienten, über 67 Proc., bedurfte also höchstens 10 Tage zur Wiederherstellung. Trotz der zahlreichen, zum Theil schweren Lungenentzündungen mussten nur ca. 11 Proc. über 15 Tage im Krankenhause verbleiben. Keiner der oben berücksichtigten 128 Männer stand länger als 25 Tage in Behandlung. Im Grossen und Ganzen können wir demnach auch nach unsern Fällen bestätigen, dass die Dauer der Grippe im Vergleich zu dem häufig so schweren Allgemeinzustand der Patienten eine unverhältnissmässig kurze ist.

Die Influenza trat in diesem Winter bei uns nur ganz selten in der nervösen Form auf. Am häufigsten wurden Katarrhe, beziehungsweise Entzündungen der Respirationsorgane beobachtet. Jedoch waren auch Katarrhe des Verdauungstractus und rheumatoide Formen, besonders auf der weiblichen Abtheilung nicht selten.

Obwohl eine scharf schematische Trennung in verschiedene Formen nur mit Anwendung einer ziemlichen Willkür erzielt werden kann, da viele der Krankheitsbilder vorzugsweise bei den weiblichen Patienten in einander übergehen, so geben wir dennoch in Folgendem eine numerische Ausscheidung, um das auffallende Ueberwiegen der katarrhalischen und die Seltenheit der nervösen Form in dieser Epidemie in Zahlen festzustellen.

	Männer	Procent	Weiber	Procent
1) Nervöse Form . . .	3	2,17	1	0,81
2) Gastrische Form . .	23	16,67	48	38,71
3) Katarrhalische Form .	102	73,91	53	42,74
4) Rheumatoide Form ,	10	7,25	22	17,74
Summa	138	100,00	124	100,00

Seit Pfeiffer's Mittheilung haben wir mehrmals die von ihm beschriebenen Stäbchen im Auswurf der Kranken reichlich gefunden, was nach dem Verfahren von Kitasato keine Schwierigkeit verursacht. Nach den Bacillen im Blute zu suchen, fehlte bei der starken Arbeitsüberhäufung die Zeit und Züchtungsversuche mussten aus gleichen Rücksichten unterlassen werden.

Nach den früheren Anschauungen wurde die Influenza den nicht contagiösen Krankheiten zugerechnet. Die umfangreiche Influenzaliteratur des Jahres 1890 ergiebt jedoch, dass die Ansichten der jetzigen Autoren sehr getheilt sind. Die Mehrzahl derselben hält die Grippe nach ihren während der letzten Epidemie gemachten Erfahrungen für eine direct contagiöse Infectionskrankheit, so Anton, Bäumler, Buchner, Kirn, Mosler und Andere, Leyden und Ruhemann sehen die Krankheit als miasmatisch an, Dück nennt sie miasmatisch-contagiös. Herr Director Merkel[1]) spricht sich anlässlich der letzten Epidemie in Nürnberg auf Grund der ersten Beobachtungen, in denen sich zu Beginn der Epidemie die Contagion direct nachweisen liess, ebenfalls für die Contagiosität der Influenza aus. (Der 1. Fall ging am 19. December 1889 in einem Frauensaale zu; 24 Stunden nach dem Eintritt der Patientin erkrankte unter den nämlichen Erscheinungen eine bereits länger im Saale liegende hysterische Frauensperson. Wieder 24 Stunden später erkrankte eine zweite in demselben Saale auch mit denselben Erscheinungen. An demselben Tage

[1]) Münch. Med. Wochenschrift No. 13, S. 244.

trat der erste männliche Kranke Nachmittags 5 Uhr ein; Nachts 12 Uhr erkrankte ein eben von Veitstanz genesener Knabe unter Schüttelfrost ebenfalls an Grippe). Die Beobachtungen bei Beginn der gegenwärtigen Epidemie in unserem Krankenhause sprechen ebenso deutlich für die contagiöse Natur der Krankheit. Nachdem nämlich am 21. December 1891 in unseren männlichen Pavillon der erste Influenzafall (abgesehen von dem vereinzelt gebliebenen Fall vom 20. XI.) zugegangen war, erkrankten fast sämmtliche in derselben Bettreihe liegende Kranke, 6 grösstentheils fieberfreie Reconvalescenten, je 24 Stunden nacheinander plötzlich mit hohem Fieber und heftigen Kopfschmerzen. Diese Hausinfectionen dauerten durchschnittlich nur 1—2 Tage und blieben ohne Complicationen.

Eine Prädisposition der Phthisiker und Emphysematiker für Grippe konnten wir aus unseren Fällen nicht folgern. Ebenso wenig fanden wir, dass die Phthisen unter dem Einfluss der Influenza einen rapideren Verlauf nähmen. Der Zugang der Phthisiker, die alljährlich einen Theil des Winters auf unserer Atheilung zubringen, war in diesem Jahr ein auffallend geringer. Wahrscheinlich war dies die Folge des heurigen milden Winters. Man könnte auch an einen Einfluss der bei uns im Vorjahre in ausgedehntem Maasse geübten Tuberculinbehandlung denken, indem die damals Eingespritzten bedeutend gebessert wären. Jedenfalls können wir auf Grund des spärlichen Wiedereintritts unserer alten Schwindsüchtigen annehmen, dass dieselben nur in geringer Zahl und geringem Grade von der Grippe befallen worden sind. Von den auf der Abtheilung befindlichen Phthisikern machten 4 Hausinfectionen durch, jedoch so leichter Art, dass dieselben bei den fieberlosen oder nur wenig fiebernden Patienten sich lediglich mit 2 tägigem hohen Fieber und Kopfschmerz äusserten, ohne dass während oder nach Ablauf der intercurrirenden Erkrankung der objective Lungenbefund ein merkbares Fortschreiten der Grundkrankheit ergeben hätte.

Ein Patient, der sich bereits im Frühjahr 1891 mit kaum nachweisbarer, aber durch wiederholten bacillären Befund sicher erwiesener Spitzeninfiltration auf der Abtheilung befunden hatte (derselbe wurde damals mit Tuberculin injicirt), gelangte Anfangs Januar ds. Js. mit excessivem Fieber wieder zur Aufnahme. Es wurde Katarrhalpneumonie des linken Unterlappens constatirt. Vom 5. Tage an nach seinem Eintritt war und blieb Patient fieberfrei. Auch das Infiltrat LU bildete sich in kurzer Zeit völlig zurück. Die Spitzenaffection war merkwürdigerweise unter dem Einfluss einer so schweren Infection nicht im geringsten fortgeschritten. Es konnten keine Bacillen nachgewiesen werden und Patient erholte sich sehr rasch in sichtlicher Weise.

Drei Fälle allerdings (Männer im Alter von 20, 26 und 29 Jahren, 2 derselben phthisisch belastet) machten beim Eintritt in's Hospital nach Anamnese und Befund den Eindruck von Influenzakranken, im Sputum fanden sich jedoch später Tuberkelbacillen und 2 dieser Patienten gingen bereits nach 5- bezw. 6 wöchigem Krankenlager mit Tod ab. Im 3. dieser Fälle handelte es sich Anfangs entschieden um eine rechtsseitige lobuläre Spitzenpneumonie (acuter Beginn, Fehlen von Tuberkelbacillen, charakteristischer rein eitriger Auswurf), die nach mehrwöchentlichem Bestehen der Entwickelung der Lungenphthise Platz machte. Für diese Fälle müssen wir annehmen, dass die Influenzaerkrankung bei bestehender Disposition zur Phthise den Boden für die Infection mit Tuberculose geebnet oder eine bereits latent vorhandene Phthise zum Ausbruch resp. zum raschen Verlauf brachte. Wir kommen also zu dem Schlusse, dass die Influenza bei belasteten Individuen wohl die Infection mit Phthise erleichtern bezw. bei latenter Phthise raschen Verlauf bewirken kann; dass bei unsern Phthisikern jedoch sich keine grössere Disposition zur Infection geltend machte, dass vielmehr die wenigen Fälle in der Mehrzahl leicht, in sämmtlichen Fällen gut verliefen. Dass vorhandenes Emphysem bei einer acuten Lungenerkrankung die Prognose verschlimmert, ist längst bekannt. Wir haben auch in der That, wie vorne erwähnt, eine Emphysematikerin an Influenzapneumonie verloren (vd. den ersten unten mitgetheilten Todesfall). Mehrere männliche Emphysemkranke überstanden die Influenzainfection ganz gut.

Einen gewissen Schutz vor Grippeerkrankung überhaupt, jedenfalls vor schwererem Verlauf derselben scheint, wie dies auch bei anderen Infectionskrankheiten der Fall ist, ein einmaliges Ueberstehen dieser Krankheit zu bewirken. In unseren Krankenjournalen findet sich nur bei 6 Männern und 1 Mädchen, zusammen 2,67 Proc. unserer Fälle, die Notiz, dass sie bereits vor 2 Jahren Influenza gehabt hätten. Ausserdem boten diese 7 Fälle sämmtlich einen äusserst gelinden Verlauf.

Die Incubationszeit bei der Grippe ist offenbar nur von ganz kurzer Dauer; auch Bäumler betont diesen Umstand[2]). Nach unseren oben mitgetheilten Beobachtungen im Beginne der beiden letzten Epidemien schätzen wir dieselbe auf höchstens 24 Stunden.

Ein initialer Schüttelfrost gehört entschieden zu den Seltenheiten. Wir haben einen solchen nur in 8 Fällen (= 3,05 Proc.) beobachtet. Ausserdem stieg in einem Falle die bereits wieder zur Norm gefallene Temperatur nach 2 Tagen mit einem typischen Schüttelfrost nochmals an.

Die Temperatur stieg in den meisten Fällen rasch unter Frösteln bis über 40° C. an und blieb als remittirendes Fieber im Mittel 2 Tage auf der Höhe, worauf sie in der Regel kritisch zur Norm abfiel. Bei stärkeren Bronchialkatarrhen bestand oft 8—14 Tage eine mässig hohe, unregelmässige Febris remittens und der Abfall erfolgte in diesen Fällen meist lytisch. In zahlreichen Fällen wurde nach einer Apyrexie von 2, manchmal 3 Tagen ein erneutes Ansteigen auf etwa 39,0—39,5° C. beobachtet, worauf dann in der Regel am folgenden Tage dauernde Fieberlosigkeit eintrat. Zuweilen fanden in der Reconvalescenz noch geringe abendliche Temperatursteigerungen zwischen 38,1 und 38,4° C. statt. Den Fieberverlauf bei den Pneumonien werden wir später noch berühren.

Die Symptome von Seiten des Verdauungstractus waren mannigfach. Die Zunge war meist mehr oder minder belegt, in schweren Fällen zuweilen trocken; in einem Falle sahen wir 2 katarrhalische Geschwüre am vorderen Zungenrand, die nach Lapisbetupfung rasch heilten. Fast unsere sämmtlichen Patienten klagten im Beginn über Halsschmerzen, bei der Inspection fand man dann in der Regel nur geringe Röthung und Schwellung der Rachenschleimhaut. Anfängliches Erbrechen wurde nicht selten angegeben; bei den Weibern blieb das Erbrechen, überhaupt die Magenbeschwerden, öfters im Vordergrund des ganzen Krankheitsbildes. Appetitmangel war fast in allen Fällen in den ersten Tagen vorhanden, ebenso heftiges Durstgefühl; dasselbe gilt von Verstopfung. In selteneren Fällen bestanden Durchfälle. Zuweilen klagten besonders die weiblichen Patienten über Magenschmerzen. Auch Leibschmerzen wurden einige Male angegeben. Milzschwellung constatirten wir bei 12 Männern und 17 Weibern, in Summa in 29 (= 11,07 Proc.) Fällen. Dieselbe wurde stets durch Palpation sicher nachgewiesen. Zweimal wurde leichter Ikterus der Haut und der Sklera beobachtet, der Urin gab in diesen Fällen die Gmehlin'sche Gallenfarbstoffreaction. Eitrige Mittelohrkatarrhe mit Perforation des Trommelfells traten bei 2 Patienten auf.

In über der Hälfte der Fälle beherrschten Affectionen der Respirationsorgane das Krankheitsbild. Manchmal bestanden Katarrhe der Bindehäute[3]) und der Nase. Am häufigsten kamen Bronchitiden, dann katarrhalische Pneumonien, selten Pleuritiden vor. Die Pneumonie nebst Pleuritis werden wir später gesondert behandeln.

Die Patienten mit Bronchitis klagten in der Regel über Husten und Brustschmerzen, nur in wenigen Fällen über Athemnoth. Die Katarrhe verliefen unter reichlicher Secretion eines, wie uns schien, fast charakteristischen Auswurfs. Derselbe war nämlich nicht Anfangs zäh-schleimig, wie es sonst bei acuten Bronchitiden der Fall ist, sondern sofort beim Beginn der Krankheit fast rein eitrig, zuweilen von Blutäderchen durchzogen (wohl Folge der heftigen Hustenstösse). Mikroskopisch waren die Eiterzellen hochgradig verfettet, öfter fanden wir im

[2]) Münch. Med. Wochenschrift 1890, No. 2.

[3]) In einem Falle wurde auf beiden Augen je ein Hornhautfacettengeschwür beobachtet.

bronchitischen Auswurf die Pfeiffer'schen Bacillen. Inspection und Percussion boten keine Abnormität. Auscultatorisch hörte man seltener trockene brummende oder giemende Bronchialgeräusche, meist wurden feuchte Rasselgeräusche, grob- und feinblasige gehört. Die Patienten fieberten, hatten wenig Appetit, zuweilen klagten sie über Kopfschmerzen. In den schweren Fällen genügten in der Regel 14 Tage zur Genesung.

Das Nervensystem war in unseren Fällen im Gegensatz zur Epidemie vor 2 Jahren auffallend selten betheiligt. Zwar klagten fast sämmtliche Patienten über heftigen Kopfschmerz, zu schwereren Gehirnerscheinungen kam es jedoch nur in 5 Fällen. Hierher gehören zunächst unsere beiden ersten männlichen Influenzazugänge.

1. Fall. A. H., 18jähriger Kürschner, kam mit Kopf- und Schluckschmerzen in's Spital. Es bestand Angina und Bronchitis. Die Milz war nicht zu fühlen. Der Urin gab mässige Diazoreaction. Die Temperatur war nicht sehr hoch, der Puls gut. Im weiteren Verlauf trat ausgesprochene Nackensteifigkeit auf, auch konnte Patient den Harn nicht spontan entleeren, sondern es musste der Katheter angewandt werden. Nach 4 Tagen waren alle Symptome, auch das Fieber verschwunden, und Patient konnte das Bett verlassen.

Der 2. Fall, ein 18jähriger Hausknecht, wurde in comatösem Zustand in's Krankenhaus gebracht. Er fieberte nicht über 39° C., der Puls war nicht sehr beschleunigt. Es wurde Bronchitis und Milzschwellung gefunden. Auf Fragen reagirte Patient nur selten und zwar griff er dann meist an seinen Kopf. Während der Nacht stöhnte er fortwährend laut. Auch in diesem Falle erfolgte nach 5 Tagen Temperaturabfall zur Norm und völliges Wohlbefinden.

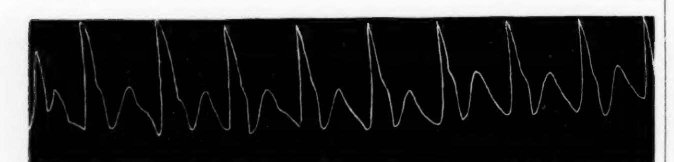
Der 3. derartige Fall wurde auf der weiblichen Abtheilung beobachtet. Es handelte sich um ein 20jähriges Dienstmädchen, das vor 2 Tagen mit Gliederschmerzen, Kopf-, Hals- und Kreuzweh erkrankt war. Temperatur bei der Aufnahme 39,0° C., Puls 96. Milzschwellung. Leichte Angina. Nachts fand Erbrechen statt und Patientin delirirte mussitirend. Nach wenigen Tagen Heilung.

Der 4. Patient war ein 29jähriger, ganz gering fiebernder Potator (Brauer), bei dem Pharyngitis und starke Bronchitis bestand. Nachts sprach derselbe fortwährend verkehrtes Zeug und konnte nur mit Mühe in seinem Bett zurückgehalten werden. Genesung nach 4 Tagen.

Der 5. Fall endlich, ein 29jähriger Bäcker, klagte beim Eintritt über Kopf-, Augen- und Halsschmerzen. Er hatte sehr hohes Fieber (bis 41,0) und ausgesprochene Pulsdikrotie (vd. später die Pulscurve). Ausser katarrhalischer Röthung der Bindehäute und der Halsschleimhaut war nichts Abnormes nachzuweisen. Dabei bestand hochgradige Prostration, in den ersten Tagen Sopor. Nach 6 Tagen Fieberabfall, rasche Genesung.

Die bei der vorigen und früheren Epidemien aufgetretene schwere Prostation konnten wir, wenn wir von den Lungenentzündungen absehen, eigentlich nur für die obigen Fälle 1—3 und 5 zugeben, ein Umstand, der diese Epidemie scharf von der früheren unterscheidet.

Systolische Herzgeräusche beobachteten wir in 4 Fällen. Dieselben verschwanden nach kurzer Zeit wieder. Die Pulsfrequenz entsprach in den uncomplicirten Fällen der Höhe der Temperatur, meist betrug sie zwischen 90 und 100 Schlägen. Vorübergehende Steigerungen durch Aufregung z. B. bei Besuch von Angehörigen kamen zuweilen vor. Oefters wurden auch geringe Arythmien gefunden. Charakteristisch schien uns die Weichheit des Pulses, die geringe Spannung der Arterienwand. Dementsprechend wurde häufig Dikrotie des Pulses beobachtet. Das beigefügte, uns typisch erscheinende Sphygmogramm entstammt dem oben bei den nervösen Symptomen angeführten Fall 5.



Die Haut, besonders im Gesicht, war meist stark geröthet. Herpes labialis wurde in unseren Fällen nur 4mal gegen Ende der Epidemie gesehen. In 2 Fällen bei influenzakranken Mädchen kam ein den ganzen Körper einnehmendes scharlachrothes Exanthem zu Gesicht.

Einfache febrile Albuminurie wurde in 6, echte acute Nephritis in 4 Fällen constatirt. Im 1. Fall war es eine hämorrhagische Form. Mikroskopisch sah man rothe und weisse Blutzellen, spärliche hyaline, mehr körnige Cylinder. Daneben bestand eine heftige Bronchitis mit dem oben geschilderten Auswurf. Patient wurde geheilt (Urin eiweissfrei) entlassen.

K. W., 18½ jähriger Arbeiter.

Datum	Urinmenge	Eiweissgehalt (Esbach)	Specifisches Gewicht
19. XII.	1075 ccm	1½ pro mille	1018
20.	1500 „	1 „	1016
21.	875 „	2 „	1020
22.	1375 „	½ „	1016
23.	1175 „	½ „	1016
24.	1050 „	½ „	1017
25.	1375 „	¼ „	1015
26.	1400 „	—	1016
27.	1200 „	—	1017

Im 2. Falle bestand die Nierenentzündung neben einer katarrhalischen Pneumonie des rechten Oberlappens. Mikroskopisch fand man hyaline und körnige Cylinder. Auch dieser Patient konnte trotz seines Alters völlig geheilt entlassen werden.

L. L., 54 jähriger Hausknecht.

Datum	Urinmenge	Eiweissgehalt	Spec. Gew.	Datum	Urinmenge	Eiweissgehalt	Spec. Gew.
31. XII.	875	1 pro mille	1016	5. I.	700	0,25 pro mille	1015
1. I.	300[4]	3 „	1020	6.	800	—	1015
2.	1050	0,5 „	1014	7.	875	—	1015
3.	800	0,25 „	1015	8.	875	—	1014
4.	750	0,25 „	1015	9.	900	—	1014

Im 3. und 4. Fall waren es schwere Influenzapneumonien, bei denen nur je einmal ganz im Beginn der Erkrankung (bei verminderter Urinmenge) ziemlich zahlreiche körnige und epithelienhaltige Cylinder constatirt werden konnten. Hier hat es sich also, wie es scheint, nur um ganz circumscripte nephritische Processe gehandelt.

Diazoreaction (Ehrlich) mässigen Grades wurde nur in wenigen (3) Fällen beobachtet.

Die Prognose, welche vor zwei Jahren bei uns eine durchweg sehr günstige war, hat sich heuer durch Pneumoniecomplicationen weit ungünstiger gestaltet.

Bei 24 Männern und 8 Weibern zusammen in 32 Fällen (12,21 Proc.) haben wir Lungenentzündungen beobachtet. Diese Complicationen boten meist klinisch das gleiche eigenartige Bild und auch in den zur Section gelangten Fällen wurde im Wesentlichen stets der nämliche pathologische-anatomische Process constatirt, so dass eine besondere Besprechung derselben gerechtfertigt erscheint. Zunächst möge die Krankengeschichte eines typischen Falles folgen.

J. B., Bäcker, 20 Jahre alt, aufgenommen am 18. I. Seit 4 Tagen Frösteln, Kopfschmerz und Husten. Appetit fehlt. Stuhl seit 3 Tagen angehalten.

Stat. praes.: Guter Ernährungszustand. Augen glänzend. Gesicht cyanotisch[5]). Temp. 40,9. Puls 132 sehr klein, dikrot (vid. die folgende Curve). Resp. 42.

Zunge belegt, trocken. Herz normal. Milz nicht palpabel. Lungen LHU Schallabschwächung, gröberes und feineres consonirendes Rasseln. Pectoralfremitus unverändert. Keine Bronchophonie. RHO tymnanitischer Percussionsschall und grobconsonirendes Rasseln.

Sputum dick, grün, reineitrig (enthält Influenzabacillen). Urin: Eiweisstrübung (keine Cylinder). Mässige Diazoreaction.

20. I. Temp. 40,2. Puls 112. Resp. 30. Lungen: LHU leichte Dämpfung bis zum Dornfortsatz des 6. Brustwirbels, Pectoralfremitus nicht verstärkt, weiches Bronchialathmen, geringe Bronchophonie, spärliches crepitirendes Rasseln. RHO nichts mehr nachweisbar.

21. I. Temp. 40.2. Puls 108, Resp. 24. LHU grobconsonirendes Rasseln, auch RHO grobes feuchtes Rasseln, sonst Stat. id.

[4]) Patient erhält Diuretin 7,0 pro die.

[5]) An dieser Stelle sei erwähnt, dass wir von dem im Beginne der Epidemie häufig angewandten Antifebrin bald Abstand nehmen mussten, da in mehreren Fällen auf dasselbe eine geradezu beängstigende Cyanose und Pulsverschlechterung aufgetreten war.

23. I. Temp. 40,1. Puls 102. Resp. 28. Lungen: LHU starke Dämpfung bis zum Dornfortsatz des 6. Brustwirbels. Pectoralfremitus fehlt, fernklingendes Bronchialathmen, schwache Bronchophonie. Grobconsonirendes Rasseln.

28. I. Patient ist (durch Lysis) fieberlos. LHU noch Schallabschwächung und unbestimmtes Athmen. Kein Rasseln. Auswurf schleimig-eitrig.

3. II. Geheilt in's Genesungshaus entlassen.

Von unseren Patienten mit Lungenentzündung standen im Alter

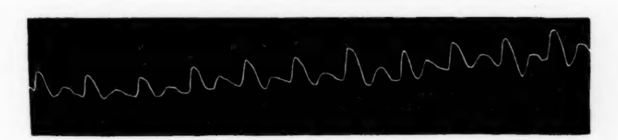
von 13—15	Jahren	1	von 36—40	Jahren	1
„ 16—20	„	8	„ 41—45	„	1
„ 21—25	„	7	„ 46—50	„	1
„ 26—30	„	6	„ 51—55	„	4
„ 31—35	„	2	„ 61—65	„	1

Also verschont auch die Influenzapneumonie in gleicher Weise wie die uncomplicirte Influenza kein Lebensalter. Von den 24 bereits entlassenen Patienten bedurften zur Heilung:

1—7	Tage	3	Patienten
8—14	„	9	„
15—21	„	12	„

Die meisten derselben wurden jedoch noch für 14 Tage in's Genesungshaus gesandt, da sie sich sichtlich nur langsam bis zum früheren Kräftezustand erholen konnten.

Das hervorragendste Krankheitssymptom bildete nach unseren Beobachtungen die Erschwerung der Respiration. Die Athmung war eine äusserst mühsame. Häufig wurden Einziehungen der unteren seitlichen Thoraxpartien gesehen, da nicht mehr genügend Luft eintreten konnte. Die Frequenz der Athemzüge stieg zuweilen auf 60 in der Minute. Der durch den oft quälenden Husten herausbeförderte Auswurf erschien noch in höherem Grade wie bei der oben beschriebenen einfachen Bronchitis rein eitrig, manchmal von dicker Consistenz und grüner Farbe, oft zerfliessend. Blutbeimengungen geringeren Grades waren meist vorhanden. Fast in sämmtlichen Fällen wurden die specifischen Bacillen gefunden. Bei günstigem Ausgang verlor der Auswurf allmählich seine eitrige Beschaffenheit, er zeigte eitrig-schleimigen, dann rein schleimigen Charakter und versiegte endlich ganz. Der Allgemeinzustand war in den meisten Fällen ein sehr schwerer, besorgnisserregender. Die Hautfarbe war fast stets in hohem Grade cyanotisch, grau-livid. Die Zunge war stark belegt, sehr trocken. Herpes wurde nie beobachtet. Der Puls war in sämmtlichen Fällen von sehr schlechter Qualität, die Frequenz betrug bis zu 156 Schlägen in der Minute. Dabei war die Spannung eine äusserst geringe, der schwächste Fingerdruck genügte, die Welle ganz zum Verschwinden zu bringen. Die sphygmographische Aufzeichnung ergab fast immer ausgesprochene Dikrotie. Zu fühlen war dieselbe jedoch wegen der geringen Höhe des Pulses nicht in allen Fällen. (vid. Curve.)



Ein initialer Schüttelfrost wurde nur einmal constatirt. Das Fieber zeigte keinen regelmässigen Verlauf, es war meist stark remittirend. Die Abendtemperaturen waren excessiv hoch, häufig zwischen 40,5 und 41,5° C. In einigen Fällen hatte das Fieber den sogenannten Typus inversus. Bei Ausgang in Genesung fand lytischer Abfall statt.

Milzschwellung bestand in 5 Fällen. 4mal wurde febrile Albuminurie, 2mal echte Nephritis (vid. oben) beobachtet.

In 5 Fällen war vorzugsweise der rechte, in 2 der linke Oberlappen, 5mal der linke, 2mal der rechte Unterlappen befallen. In 2 Fällen sahen wir gekreuzte Pneumonie. In den übrigen Fällen konnte die Lungenaffection nicht sicher localisirt werden.

Auscultatorisch hörte man zahlreiche feuchte, meist consonirende feinere und gröbere Rasselgeräusche. Wenn die Affection durch Confluenz benachbarter Herde lobär geworden, hörte man weiches, oft fernklingendes Bronchialathmen und geringe Bronchophonie. In solchen Fällen bestand auch häufig feinstes Knisterrasseln. Die Percussion lieferte häufig Schallabschwächung, seltener ausgesprochene Dämpfung. Der Pectoralfremitus war meist nicht verstärkt, zuweilen fehlte er gänzlich. Bemerken möchten wir noch, dass der physikalische Befund in vielen Fällen ein sehr rasch wechselnder war. Sowohl die Intensität als auch die Localisation der Dämpfung war oft nach kurzer Zeit bereits verändert. Dass bei absoluter Dämpfung nicht scharfes Bronchialathmen und laute Bronchophonie, sondern weiches, fernklingendes Bronchialathmen und geringe Bronchophonie bestand, dass der Pectoralfremitus meist abgeschwächt war oder gänzlich fehlte, ist wohl darauf zu deuten, dass es sich zugleich um geringe pleuritische Ergüsse (in einem dieser Fälle wurde auch durch Probepunction ein seröses Exsudat nachgewiesen) handelte, oder dass die Lunge sich in einem Zustand von seröser Durchtränkung befand, oder endlich dass ausgedehntere Atelektasen vorhanden waren.

Klinisch unterscheidet sich die Influenzapneumonie von der fibrinösen durch den meist fehlenden Schüttelfrost und Herpes labialis, durch die Art des Auswurfs und die in ihren auscultatorischen und percussorischen Erscheinungen so enorm und oft wechselnden Bilder, vor Allem aber durch die auffallende Herzschwäche und die graue livide Hautfärbung, die auf den ersten Blick an die Fälle schwerer Sepsis erinnert.

Die Betheiligung der Pleura an der Influenzaerkrankung constatirten wir nur in 3 Fällen sicher. Das eine Mal wurde ein deutliches Reibegeräusch gehört. Es handelte sich also um Pleuritis sicca. In den beiden anderen Fällen entwickelten sich im Anschluss an Pneumonien bedeutendere, durch Probepunction gesicherte seröse Exsudate. Doch nahmen wir, wie bereits oben erwähnt, an, dass mit den Pneumonien häufig auch kleine Ergüsse einhergingen.

Krankengeschichten und Obductionsbefunde.

I. A. W., Kindsfrau, 61 Jahre alt, eingetreten am 26. I. Seit längerer Zeit Schwerathmigkeit und Husten. Seit 8 Tagen vermehrter Husten, Appetitmangel und Obstipation.

Stat. praes.: Mittelgross mager. Temp. 38,5. Puls 138, wenig gespannt. Fassförmiger Thorax. Lunge emphysematös, überall trockene Rhonchi. Herzdämpfung überlagert. Töne rein. Leberdämpfung verkleinert. Milz nicht fühlbar. Urin eiweissfrei.

27. I. Temp. 39,0. Puls 132. Ueber beiden Lungen grobes, zum Theil consonirendes, feuchtes Rasseln. Sputum schleimig-eitrig. Urin eiweissfrei. Patientin ist stark cyanotisch und hat heftige Dyspnoe.

29. I. Temp. 38,8. Puls 156, sehr klein. Cyanose und Dyspnoe nehmen zu. RHU weiches Bronchialathmen und Schallabschwächung.

30. I. Exitus letalis.

Sectionsbefund: Lungen gross, gedunsen. Rechte Lunge: Spitze mit tiefen narbigen Einziehungen. Oberlappen lufthaltig, hellbraun, mässig pigmentirt, blutig-serös durchfeuchtet. Aus einzelnen Bronchien quillt eitriger Schleim. Mittellappen lufthaltig trocken; in der Mitte am äusseren Umfang eine eingesunkene, luftleere, derbe braunrothe Partie, aus der auf Druck eitriger Bronchialinhalt austritt. Unterlappen: Die vorderen Partien lufthaltig, die hinteren Partien luftleer, braunroth, auf dem Schnitt heller und dunkler fleckig, mässig brüchig. Auf Druck quillt aus einzelnen Bronchiolen gelblicher Schleim.

Linke Lunge: Oberlappen wie rechts. Aus verschiedenen Bronchiolen quillt puriformer Schleim. Unterlappen lufthaltig, blutreich, in den durchschnittenen Bronchiolen gelblicher Schleim. Im mediastinalen Zellgewebe umfangreiche Extravasate.

Schleimhaut der Trachea mit gelblichem Schleim belegt, blutreich. Schleimhaut der Bronchien blauroth, geschwollen, extravasirt, in einzelnen Bronchiolen puriformer Schleim. In weit geringerem Grad katarrhalische Schwellung in den Oberlappen. Starke markige Schwellung der pigmentirten Bronchialdrüsen.

Braune Atrophie des Herzens, Sklerose der Aorta, senile Leberatrophie. Gallensteine, Granularatrophie der Nieren.

II. A. G., Arbeiterin, 17 Jahre alt, eingetreten am 25. I. Seit dem 8. Jahre ausgewachsen. Vor 5 Tagen mit Frösteln und Husten erkrankt. Appetit fehlt. Stuhl angehalten.

Stat. praes.: Klein, sehr mager, blass. Rechtsseitige Kyphoskoliose. Zunge belegt. Temp. 39,0. Puls 138, klein, weich. Lungen: Nirgends Dämpfung, allenthalben grossblasiges feuchtes Rasseln. Herz gehörig. Milz nicht fühlbar. Auswurf reichlich, rein eitrig. Urin eiweissfrei.

26. I. Temp. 39,3. Puls 128. Pat. erscheint collabirt. Heftige Dyspnoe. Abends Temp. 38,4. Puls 138. Sensorium frei. Zunahme der Dyspnoe. 10 h, Exitus.

Sectionsbefund: Lungen sehr klein, im Wesentlichen lufthaltig. Gewebe zäh, mässig feinschaumig durchfeuchtet. Im Gewebe

verstreut erbsen- bis haselnussgrosse braunrothe atelektatische Stellen mit glattem Schnitt. Einige wenige auf dem Schnitt granulirte, gelblich punktirte, braunrothe Infiltrate, welche auf Druck gelblichen Schleim austreten lassen.

Schleimhaut des Kehlkopfs und der Trachea blass mit spärlichen Ekchymosen. Schleimhaut der Bronchien stark geschwollen, blutreich. Trachealdrüsen markig geschwollen, pigmentirt.

Abnorme Enge der Aorta (5,5 cm über den Klappen).

III. A. G., Dienstmädchen, 22 Jahre alt, eingetreten am 31. I. Patientin erkrankte vor 4 Tagen mit Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Stechen auf der rechten Seite und Husten. Appetit fehlt. Stuhl gehörig.

Stat. praes.: Pat. ist mittelgross, sehr gut genährt, macht einen schwerkranken Eindruck. Das Sensorium ist frei. Temp. 40,0. Puls 120, leicht unterdrückbar. Cyanose des Gesichts. Zunge belegt, sehr trocken. Athmung äusserst frequent. Sputum rein eitrig, von säuerlichem Geruch. Milzschwellung.

Lungen: RHU geringe Dämpfung. Pectoralfremitus daselbst aufgehoben. Ueber dem unteren Lungenlappen abgeschwächtes Athmen, nach oben zu vereinzelte katarrhalische Geräusche.

1. II. Temp. 40,6. Puls 144, dikrot. Die Dämpfung über dem rechten Unterlappen erreicht Handbreite, über dem linken Unterlappen geringe Dämpfung. Hinten über beiden Lungen lautes Bronchialathmen.

2. II. Temp. 41,0. Puls 156, fliessend. Resp. 54. Cyanose nimmt zu, ebenso Dyspnoe, Zunge ganz trocken, mit braunem Belag. Sensorium frei, doch erscheint Patientin moribund. 1/21 h. Nachts Exitus.

Sectiosbefund: Rechte Lunge hinten durch fibrinöse Schwarten verklebt. Oberlappen: Die vorderen unteren Partien lufthaltig, blutreich, feucht. Aus allen Bronchien quillt eitriger Schleim. Die übrigen Partien trocken, weniger blutreich. An verschiedenen Stellen, am grössten in der Spitze, keilförmige luftleere Herde. Das Gewebe dementsprechend auf dem Schnitt etwas eingesunken, glatt, schmutzigbraun, brüchig, schwammartig durchsetzt von stecknadelkopfgrossen gelben Punkten, welche auf Druck Eiter ausquellen lassen. Mittellappen lufthaltig, blutreich, an einzelnen Stellen schlaffe, auf dem Schnitt glatte, luftleere Partien mit grösseren und kleineren eitrigen Einlagerungen. Unterlappen in toto luftleer, auf dem Schnitt glatt, dunkelbraunroth. Aus den durchschnittenen weiten Bronchien quillt eitrig-schleimiges Secret aus.

Linke Lunge strangförmig verwachsen. Oberlappen lufthaltig, feucht, mit eingestreuten luftleeren, auf dem Schnitt glatten Herden, welche auf Druck feinschaumiges Serum und eitrige Pfröpfe austreten lassen. Unterlappen luftleer, sehr blutreich, aus den Bronchien eitriger Schleim ausdrückbar.

In der Trachea blutig-schleimige Flüssigkeit, enorme Gefässfüllung, an einzelnen Stellen aufgelagerte, ziemlich fest anhaftende fibrinöse Massen. Die Schleimhaut der Bronchien stark injicirt, Lumen enthält viel eitrigen Schleim. Bronchialdrüsen markig geschwollen.

Milztumor, acute Fettleber, trübe Schwellung der Nieren, Ekchymosirung der Magenschleimhaut, Schwellung der Dünndarmfollikel und der Mesenterialdrüsen.

Der 4. zur Section gelangte Fall entspricht völlig dem 3. Falle. Es handelte sich im Leben um dasselbe schwere Bild der septischen Infection, der Obductionsbefund der Lungen war derselbe, nur bereits weiter gediehen.

Auch im 4. Falle wurde bei der Section Milzschwellung gefunden.

Der pathologisch-anatomische Process war in sämmtlichen 4 Fällen der nämliche, nur befand er sich in verschiedenen Stadien. Zu beachten sind die in sämmtlichen Fällen gefundenen Atelektasen, ferner die colossale Hyperämie und katarrhalische Schwellung der Bronchialschleimhaut. Im Uebrigen muss die Lungenaffection bei Influenza nach diesen Leichenbefunden als katarrhalische, lobuläre, durch Confluenz der einzelnen Herde lobär werdende Pneumonie aufgefasst werden. Derselbe Vorgang, der in den einfachen Fällen als Bronchitis auftrat, führte in den schweren Fällen durch Uebergreifen auf die kleinsten Bronchien und die Lungenalveolen zur katarrhalischen Lungenentzündung. Im Eiter der Bronchien wurden in sämmtlichen Fällen die bereits mehrfach erwähnten Bacillen gefunden. Eine solche Katarrhalpneumonie kann, wie dies bei unseren Männern der Fall war, sehr wohl zur Heilung gelangen. Allein in den beiden ersten obigen Fällen war die Athmungsbehinderung durch das complicirende Emphysem, beziehungsweise, die abnorm geringe Entwicklung der Lungen enorm vermehrt; die beiden letzten Fälle erinnern an schwere septische Processe, wie sie vielleicht durch Mischinfectionen zu Stande kommen (die gefundenen bedeutenden Milztumoren unterstützen diese Auffassung).

Der Therapie der Influenza haben wir nur wenige Worte zu widmen. In einfachen Fällen sahen wir, wie schon vor 2 Jahren, vom Antipyrin wieder prompte Erfolge. Die Lungenentzündungen erforderten symptomatische Behandlung, vorzugsweise durch Expectorantien und Excitantien. Vielleicht dürfte in Zukunft durch Unschädlichmachen des Auswurfs der Influenzakranken prophylaktisch Nutzen erzielt werden.

Die Epidemie erreichte heuer bei weitem nicht die Ausdehnung, die sie vor 2 Jahren gewonnen hatte. Nach den aus anderen Orten kommenden Mittheilungen zu schliessen, trat die Influenza bei uns spärlicher auf wie anderswo. Ein auffallendes Gepräge erhielt unsere kleine Epidemie nur durch die hervorragende Betheiligung der Respirationsorgane und durch das fast völlige Fehlen der nervösen Formen.

Auffallend ist, dass am Anfang des März die Epidemie, vielleicht in Folge der eingetretenen Kälte, wie mit einem Schlage beendet erscheint. Während der Grippeperiode waren sonstige epidemische Infectionskrankheiten äusserst selten; fibrinöse Pneumonien beobachteten wir gar nicht, während dieselben in den letzten Tagen wieder ziemlich zahlreich zugehen.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Chef, Herrn k. Medicinalrath und Krankenhausdirector Dr. Gottlieb Merkel, für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und die vielfach erwiesene, gütige Unterstützung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Feuilleton.

Zur Einrichtung einer besonderen Prüfung für Specialärzte.[1])

Von Dr. *R. v. Hösslin.*

Bei einer grossen Anzahl von Collegen hat sich im Verlauf der letzten Jahre ein Gefühl geltend gemacht, dass das Specialistenthum, wie es gegenwärtig betrieben wird, eine gewisse Gefahr für den allgemein praktischen Arzt birgt, dass dieser letztere durch das Specialistenthum in seinem Ansehen und seinem Erwerbe geschädigt werde und dass mitunter der Name als Specialarzt dazu missbraucht werde, um eine allgemeine Praxis in kurzer Zeit zu erobern.

Diese Missstände müssen sich offenbar sehr fühlbar gemacht haben und daher kam es, dass man nach Maassregeln suchte, um das Specialistenthum, oder vielmehr dessen incollegiale Auswüchse, auf's Möglichste einzuschränken. So wird auch am kommenden Aerztetag in Leipzig ein hierauf bezügliches Thema discutirt und zwar soll die Frage ärztlicher Specialprüfungen in's Auge gefasst werden.

Herr Dr. Stimmel in Leipzig hat für den kommenden Aerztetag in Leipzig das Referat über die Frage übernommen, ob die Einrichtung einer besonderen Prüfung für Specialärzte am Platze ist oder nicht und hat den Standpunkt, welchen er in seinem Referat vertreten wird, im Aprilheft des ärztlichen Vereinsblattes in 4 Thesen niedergelegt. Ich folge einer Einladung des Herrn Vorsitzenden, die Discussion darüber zu eröffnen, welchen Standpunkt der Münchener Bezirksverein diesen Thesen gegenüber einnehmen soll.

Die erste dieser These lautet:

I. „In der Entwickelung des Specialistenthums haben sich Auswüchse gebildet, deren Bekämpfung im Interesse des ärztlichen Standes sowie im Interesse des Publicums liegt."

Ich, glaube, dieser These können wir uns ohne Einspruch anschliessen.

Was die Interessen des Publicums betrifft, so mag zuerst erwähnt werden, dass es gewiss den Kranken von Vortheil ist, so lange durch den Hausarzt behandelt zu werden, bis ein zwingender Grund vorhanden ist, einen in bestimmten Disciplinen besonders erfahrenen Collegen beizuziehen und dass es im Allgemeinen zum Schaden des Kranken gereicht, wenn er jedes seiner Organe einem anderen Arzte überantwortet. Die Hauptgefahr für das Publicum liegt darin, dass es durch seine Neigung, sich nur noch von Specialisten behandeln zu lassen, den Zusammenhang mit seinem Hausarzt verliert.

Eine weitere Gefahr für das Publicum liegt in einer zu einseitigen Krankheitsauffassung durch den Specialisten, in einer einseitigen Behandlung und vielfach auch in einer zu gründlichen Behandlung von Affectionen, welche ebenso gut unbehandelt blieben.

Für den gesammten ärztlichen Stand aber liegt die Hauptgefahr des Specialistenthums darin, dass zu leicht das Vertrauen in den Hausarzt geschmälert wird, dass das Publicum ihm nur noch einige allgemeine ärztliche Eigenschaften, zu welchen z. B. die unentgeltliche Behandlung der Dienstboten gerechnet wird, zutrauen will und glaubt, wenn irgend ein bestimmtes Organ erkrankt ist, z. B. der Magen oder der Kehlkopf oder ein Bein, dann müsse der Specialist geholt werden, im besten Fall im Consil mit dem Hausarzt, oder gar ohne diesen alten Hausfreund, der sich ja nicht speciell mit dem Magen oder dem Beine beschäftige.

[1]) Referat, erstattet im Aerztlichen Bezirksverein München am 9. Mai 1892.

Und die Rückwirkung dieses Misstrauens des Publicums auf den Arzt bleibt nicht aus; der Arzt, welcher inmitten der Specialisten in der grossen Stadt lebt, gewöhnt sich daran, in jedem Augenblick den Specialisten zu holen, er verliert das Vertrauen zu sich selbst, weil er weiss, dass seine Patienten ihm nicht vertrauen, er riskirt es nicht mehr, in einer angesehenen oder wohl situirten Familie einen Radiusbruch einzurichten, oder ein Pleuraexsudat zu punctiren, ein Oesophaguscarcinom zu sondiren oder eine Strictur zu erweitern, immer muss der Specialist citirt werden.

Und mit dem Mangel an Selbstvertrauen geht auch ein gutes Theil Interesse an der Wissenschaft, am Interesse der weiteren Ausbildung verloren, für dies oder jenes Fach hat es ja keinen Werth mehr, weiter zu arbeiten, man kann ja doch den Specialisten holen und nach und nach lebt sich Mancher in die Rolle ein, dass er nur dazu da ist, um zu bestimmen, welcher Specialcollege am Platz ist und wenn er dies nicht thut, so hat er den Vorwurf zu fürchten: wir hätten ja gerne einen Specialisten beigezogen, wenn Sie uns aufmerksam gemacht hätten.

Diese Verhältnisse sind also gewiss manchmal ungesunde, unerquickliche, aber sie werden noch unerquicklicher, wenn der Specialist nicht nur seine Kenntnisse dazu benützt, um einen Patienten von einem Specialübel zu befreien, sondern wenn er es nebenbei für nützlich hält, demselben Beweise seiner allgemein ärztlichen Befähigung zu geben, indem er den Hausarzt aus seiner bisherigen Stellung drängt. Dass ein derartiges Verfahren gegen jede collegiale Sitte verstösst, ist ja selbstverständlich und es ist begreiflich, dass der College, welcher auf diese Weise verletzt ist, auf Mittel sinnt, einem Specialistenthum entgegenzutreten, welches für ihn solche Nachtheile mit sich bringt.

Diesen Nachtheilen des Specialistenthums stehen natürlich grosse Vortheile gegenüber, welche wir nicht in extenso besprechen können; es sei nur darauf hingewiesen, dass nur durch die Entwickelung der Specialfächer die Diagnostik und Therapie zur gegenwärtigen Ausbildung gelangen konnte. Es wird sich also nur darum handeln, die gleichzeitigen Nachtheile des Specialistenthums wieder zu beseitigen, so viel dies in unserer Kraft steht. Die Wege hiezu sollen durch die 3 folgenden Thesen Stimmel's angedeutet werden.

Seine 2. These lautet:

II. „Die Einrichtung einer besonderen Prüfung für Specialärzte würde das Specialistenthum voraussichtlich von ungenügend vorgebildeten Elementen befreien und bedeutend stärken und fördern. Diese besondere Prüfung würde aber für die allgemein praktischen Aerzte grosse Nachtheile im Gefolge haben, indem durch dieselben geradezu 2 Classen von Aerzten auf gesetzlichem Wege geschaffen würden. Somit ist die Einrichtung einer besonderen Prüfung für Specialärzte nicht erstrebenswerth.“

Dem letzten Theil der These stimme ich vollkommen bei, ich würde es für den ärztlichen Stand für sehr bedenklich halten, wenn durch Einführung eines Specialexamens demjenigen, welcher dies nicht abgelegt hat, officiell das Recht abgesprochen würde, in dem oder jenem Fach, für welches er sich besonders interessirt hat, in welchem er sich über das Mittel reichende Kenntnisse erworben hat, specialärztlich thätig zu sein.

Die bestandene Approbationsprüfung giebt dem Arzte das Recht, im gesammten Gebiete der Heilkunde Praxis auszuüben, weil nur demjenigen die Approbation ertheilt wird, welcher in allen Gebieten der Heilwissenschaft genügende Kenntnisse erworben hat. Würden Specialexamina eingeführt, so würde das Publicum und der College das Recht haben, demjenigen, welchem das Specialexamen fehlt, weniger Vertrauen entgegenzubringen und bei ihm geringere Kenntnisse vorauszusetzen, es würde aber der praktische Arzt in allen denjenigen Fächern, für welche Specialexamina eingerichtet würden, nur als Arzt zweiter Güte gelten und da es kaum mehr eine Krankheit giebt, welche nicht einem Specialfache zugehört, so müsste der praktische Arzt weit unter sein jetziges Niveau sinken, nicht nur in den Augen des Publicums, sondern auch in den Augen der Specialcollegen. Wer möchte sein Kind noch dem praktischen Arzte anvertrauen, wenn er in der gleichen Stadt 6 andere Aerzte kennt, welchen der Staat das Zeugniss ausgestellt hat, dass sie Kinderkrankheiten besser behandeln können, als jener. Also das Specialexamen würde die sociale Stellung des allgemeinen praktischen Arztes herabsetzen, die des Specialisten heben und damit die Zahl der Specialisten noch vermehren.

Ob die Specialisten aber durch ein vorgeschriebenes Examen, wie Stimmel glaubt, von ungenügend vorgebildeten Aerzten befreit würden, das halte ich noch für sehr zweifelhaft; denn wie aus der allgemeinen Approbationsprüfung einer oder der andere untüchtige praktische Arzt als approbirt hervorgeht, so kann auch ein Specialexamen nicht lauter hervorragende Specialisten liefern. Die eigentliche Ausbildung, ich möchte sagen, die Läuterung der Anschauungen, findet ja doch meist nicht vor, sondern nach dem Examen statt, das wird nach dem Specialexamen das gleiche sein, wie nach der allgemeinen Prüfung.

Die Einrichtung eines Specialexamens ist aber in keiner Richtung hin wünschenswerth, und wir können uns hierin Stimmel ebenso anschliessen, wie für seine III. These, welche folgenden Wortlaut hat:

III. Ein Verbot jeder näheren specialistischen Bezeichnung liegt weder im ärztlichen Interesse, noch in demjenigen des Publicums.

Es ist ohne Zweifel das Recht eines jeden Arztes, sich mit Vorliebe einem bestimmten Specialfache zu widmen, und auf dasselbe mehr Zeit und Arbeit zu verwenden, als auf ein anderes; dass er aber dann auch wünscht, dem Publicum diese Vorliebe für dies Fach bekannt zu geben, ist ebenso natürlich wie nothwendig, denn woher soll der Kranke oder auch der den Specialisten bedürftige College wissen, wer sich speciell mit Augen, Ohren oder Nase beschäftigt, oder welcher College sich mit Massage, Elektrotherapie oder Orthopädie abgiebt; dies dem Publicum und den Collegen bekannt zu geben, halte ich für ein Bedürfniss.

Eine andere Frage aber ist es, ob nicht doch unter bestimmten Umständen das Verbot einer specialistischen Bezeichnung berechtigt wäre. Sie wissen alle, meine Herren, wie es gebräuchlich geworden ist, dass ein College nach der erlangten Approbationsprüfung noch einen 2 oder 3 monatlichen Cursus nimmt, vielleicht bei einem Ohrenspecialisten in Wien oder bei einem Gynäkologen in Berlin und dann selbst als Specialarzt auftritt. Das Verfahren ist von allen rechtlich denkenden Collegen perhorrescirt und schadet dem Ansehen des Specialisten; hierin sieht der Unbefangene den Versuch, mit dem Aushängeschild Patienten zu gewinnen, und dieses sich Specialist nennen, wo gründliche Ausbildung unwahrscheinlich erscheint, hat am meisten Anstoss erregt.

Sollte auch wirklich der eine oder andere in einigen Monaten sich ausgezeichnete Kenntnisse in einem Specialfache erworben haben, bei der Mehrzahl wird doch eine vieljährige Schulung nothwendig sein, um in diesem oder jenem Fach grössere Fertigkeiten zu erwerben, als sie der seit Jahren beschäftigte praktische Arzt besitzt. Auch für den Specialisten selbst ist es nicht vortheilhaft, wenn er sich sofort nach der Approbation auf ein Specialfach wirft, das heisst, darin Praxis ausübt; denn nur zu leicht verliert er dann den Zusammenhang mit der gesammten Heilkunde, er behandelt nicht mehr den Organismus, sondern nur noch ein Organ.

Ich glaube aber, in dieser Richtung könnte noch ein Vorschlag gemacht werden, ich meine der, dass die Niederlassung als Specialarzt erst einige Zeit nach erfolgter Approbation stattfinden darf.

Die Annahme dieses Vorschlages würde doch eine Garantie dafür geben, dass derjenige, welcher sich als Specialist niederlässt, nach der Approbationsprüfung genügend Zeit und Gelegenheit gehabt hat, sich mit einem bestimmten Fach näher zu beschäftigen: es würde zeigen, dass nach mehrjähriger ärztlicher Thätigkeit eine Vorliebe für ein bestimmtes Fach sich erhalten oder ausgebildet hat, und gerade diejenigen Specialärzte, welche dadurch Anstoss erregen, weil sie gleich nach abgelegter Approbation, ohne auch nur eine Wahrscheinlichkeit für sich zu haben, von ihrem Specialfach mehr zu verstehen als ihre mitgeprüften Nichtspecialisten, diese Sorte von Specialärzten würde damit verschwinden. Freilich könnte auch nach mehrjähriger Praxis ein Arzt noch ein Specialfach ergreifen, ohne sich darin mehr als durch einen Feriencurs ausgebildet zu haben, aber diese Fälle sind doch seltener als der erstere. Also der 3. These Stimmel's würde ich zustimmen, nur würde ich für die Gesammtheit der Aerzte vorschlagen, dass sie erst eine bestimmte Zeit nach der Approbation sich Specialärzte nennen dürfen.

Wir kommen nun zur 4. These Stimmel's.

IV. „Der Aerztetag wolle beschliessen, den ärztlichen Bezirksvereinen Bestimmungen zu empfehlen, nach welchen diejenigen Mitglieder, welche sich Specialisten nennen, auf Ausübung allgemeiner Praxis verzichten müssen.“

Diese letzte These Stimmel's würde allerdings geeignet sein, die Zahl der Specialisten wesentlich einzuschränken, aber sie würde auch ein schwerer Eingriff in die persönliche Freiheit der Aerzte sein; es kann ein Arzt sehr wohl denjenigen Grad von allgemeiner ärztlicher Bildung besitzen, um allgemeine Praxis ausüben zu können, dabei aber doch eine Vorliebe für ein ganz bestimmtes Fach haben und in diesem sich specialistische Kenntnisse erwerben, welche ihn berechtigen, neben der allgemeinen Praxis auch eine Specialpraxis auszuüben. Ein Blick in unser Münchener Adressbuch zeigt mir, dass sehr viele Collegen diese Ansicht haben und dies dadurch kennzeichnen, dass sie sich aufführen lassen als praktische Aerzte und Specialärzte für ein bestimmtes Fach. Ich glaube, man würde diesen Herren Collegen ein schweres Unrecht anthun, wollte man ihnen vorwerfen, sie hätten den Specialtitel der Reclame wegen gewählt; sie haben keine andere Absicht, als ausdrücken zu wollen, dass sie neben der allgemeinen Praxis noch eine specielle Vorliebe für ein bestimmtes Fach haben und sich mit diesem mehr im Detail beschäftigt haben, als mit anderen Fächern. Ich kenne eine Reihe von hervorragenden Collegen, welche neben ihrer specialärztlichen Thätigkeit sehr gerne ihre allgemeine ärztliche Thätigkeit ausüben, und welchen es sehr schwer würde, auf die letztere zu verzichten, nicht aus pecuniären Gründen, sondern aus Freude an der allgemeinen Praxis.

Man kann dem entgegenhalten, dass sie ja dann auch dies Specialfach cultiviren könnten, ohne sich Specialisten zu nennen, womit sie doch den Schein erwecken, als wollten sie nur ein Specialfach ausüben; aber diesen Schein vermeiden sie ja, indem sie sich ausdrücklich praktische Aerzte und Specialist für dies oder jenes Fach nennen; ohne diese Bezeichnung wüsste ja Niemand ausser ihren nächsten Bekannten, dass sie neben der allgemeinen Praxis ein bestimmtes Fach, z. B. Ohrenheilkunde oder Geburtshilfe, mit Vorliebe betreiben.

Viel berechtigter ist natürlich der Vorwurf dann, wenn Jemand sich nur als Specialarzt ausschreibt und trotzdem allgemeine Praxis

betreibt, wie dies ja auch wohl vorkommen mag. Dass der den Collegen hiedurch verursachte Schaden ein sehr grosser sein wird, möchte ich bezweifeln.

Als selbstverständlich muss es gelten, dass derjenige Arzt, welcher ein Specialfach ausübt, den Kranken, welcher ihn wegen dieses Specialfaches consultirt, nicht auch in anderen Krankheitsfällen weiter behandelt, sondern ihn dem Hausarzte zur Weiterbehandlung zuweist, auch gegen den Wunsch des Patienten.

Wird dagegen die Specialpraxis dazu benützt, um den Collegen, welcher die frühere Behandlung leitete, zu verdrängen, so ist dies ein Verstoss gegen die Collegialität, über welchen wir nicht weiter zu discutiren brauchen; es ist dies der gleiche Fall, als wenn ein anderer Consiliarius es für das Beste hält, wenn er nach stattgehabtem Consil die Weiterbehandlung des Kranken selbst in die Hand nimmt. Sowohl der Specialist als der Consiliarius, welcher so verfährt, wird bald bemerken, dass er das Vertrauen der Herren Collegen nicht in gleichem Maasse geniesst, wie vielleicht dasjenige des Publicums.

Derartige Vertrauensmissbräuche und Verletzungen der guten Sitte mögen ja vorkommen, sie werden auch nie durch Bestimmungen der ärztlichen Vereine aus der Welt geschafft werden, aber die grosse Mehrzahl der Collegen wird ein solches Gebahren verurtheilen und an die Thüre dessen, welcher sich solcher Incollegialität schuldig macht, wird man schreiben:

Hic niger est, hunc tu Romane caveto!

Also der 4. These Stimmel's, welche dem Specialisten officiell die allgemeine Praxis verbietet, glaube ich, können wir nicht so leicht zustimmen, einerseits weil wir darin einen zu grossen Eingriff in die Freiheit des ärztlichen Standes erblicken, andererseits, weil wir glauben, dass wir dies Verbot nur gegenüber solchen Collegen bedürften, welche uncollegiale Gesinnungen pflegen, und solche Gesinnung wird doch durch keine Bestimmung beeinflusst.

Also meine Herren, ein radicales Mittel gegen Missbräuche und Auswüchse des Specialistenthums — denn nur gegen diese kämpfen wir ja, während wir Alle die unschätzbaren Vortheile wirklich specialistischer Forschung und Ausbildung als segensreiche anerkennen — eine sichere Abhilfe von Missbräuchen haben wir weder im Specialexamen, noch im Verbote des Specialistentitels; auch der Vorschlag, den Specialisten allgemeine Praxis zu verbieten, wird auf grosse Hindernisse stossen und die Frage ist somit noch offen, ob es geeignete Mittel giebt, verschiedene Missstände, welche sich geltend gemacht haben, zu beseitigen.

Mir scheint nur ein Mittel hiezu gut, und das ist eine Vervollkommnung der allgemeinen ärztlichen Ausbildung. Je tüchtiger, je gebildeter, je vielseitiger vor Allem der praktische Arzt nicht nur in der Diagnose, sondern auch in seinem therapeutischen Können ist, um so weniger wird er und das Publicum auf den Specialisten angewiesen sein, um so mehr wird ihm wieder das volle Vertrauen des Patienten gesichert sein.

Vor Allem ist eine gründliche praktische Durchbildung, wie wir sie vom Biennium practicum erwarten, im höchsten Grade wünschenswerth und die Durchführung dieses Bestrebens wird im Kampfe gegen übertriebenes Specialistenthum am meisten leisten.

Neben der medicinischen Bildung des Arztes aber wird am meisten förderlich sein für die Hebung des allgemeinen ärztlichen Standes eine möglichst vielseitige allgemeine Bildung, eine möglichst sorgfältige Erziehung, welche dem jungen Manne ideale Ziele vorzeichnet. Mit je idealeren Anschauungen der junge Mediciner die Universität betritt, um so mehr Tactgefühl und ideelle Berufsanschauung wird er auch in die Praxis mitbringen. Dass aber auch im Kampfe um's Dasein diese nothwendigen Eigenschaften nicht verloren gehen, dass ein collegiales Zusammenleben unter ständiger Rücksichtnahme auf das Interesse der Berufsgenossen immer fester einwurzle, dafür ist zuvörderst nothwendig eine immer zunehmende Hebung des ärztlichen Vereinslebens, des wissenschaftlichen und des geselligen.

Im Verlaufe der an das Referat sich anschliessenden Discussion formulirte Referent folgenden Antrag:

„Die Delegirten zum deutschen Aerztetag wollen dahin wirken, der Aerztetag möge es für wünschenswerth erklären, dass nur dann der Specialistentitel geführt werden dürfe, wenn nach bestandener Approbation eine bestimmte Minimalzeit vergangen sei."

Diesem Antrag stimmte die Versammlung bei, ohne jedoch damit ein imperatives Mandat für die Delegirten zu verbinden.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Riedel-Jena: Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit mit und ohne Ikterus. Berlin 1892, Hirschwald. 183 S.

Wenn je die Wichtigkeit und Nothwendigkeit des einmüthigen Nebeneinanderarbeitens von innerem Mediciner und Chirurgen sicher erwiesen ist, so ist es in der vorliegenden Arbeit des bekannten Jenenser Chirurgen geschehen. Die Abhandlung ist für den Internen nicht minder wichtig wie für den Chirurgen, und zwar nicht nur der therapeutischen Fragen wegen. Die unmittelbare pathologisch-anatomische Controlle der Gallensteinkrankheit konnte bisher vielfach nur eine unvollständige sein, weil dem Gallensteinkolikanfalle die Kranken nicht zu erliegen pflegen. Durch seine mehr als 50 Autopsien an Lebenden eröffnet uns Verfasser vielfach die Aussicht auf bisher ganz unbekannte Thatsachen und giebt uns werthvolle Fingerzeige für die Diagnostik der mannigfaltigen bei der Gallensteinkrankheit in Betracht kommenden Veränderungen.

Das Buch behandelt ausschliesslich die persönlichen Erfahrungen des Verfassers; jeder Satz und jede Behauptung finden ihren Beleg in den entsprechenden Krankengeschichten. Die geschickte Einschaltung der letzteren in den Text nimmt der Lectüre alles Ermüdende, wie es so häufig beim Studium derartiger Schriften den Leser abschreckt. Im Gegentheil, die Krankengeschichten sind mit einer solchen Lebendigkeit vorgetragen, dass sich ihre Lectüre zu einem wahren Genuss gestaltet; der Referent hat noch selten ein gleich spannend und anziehend geschriebenes medicinisches Werk vor Augen gehabt.

Nach einem Ueberblick über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Gallenblase und der grossen Gallengänge, der Leber und der benachbarten Organe in Folge der Gallensteinkrankheit, sowie über die Grösse, Gestalt, Form und Anzahl der extrahirten Steine, stellt R. an die Spitze seiner klinischen Ausführungen den Satz, dass nicht nur die wandernden, sondern auch die ruhig liegenden Gallensteine richtige Gallensteinkolik meist ohne Ikterus machen können, und dass diese Gallensteinkolik oft nur der Ausdruck einer acuten Entzündung einer steinhaltigen Gallenblase ist. Der Hydrops vesicae felleae beruht nur selten auf dauernder Verlegung des Ductus cysticus durch Concremente, er entsteht vielmehr in einer Steine haltenden Gallenblase durch Zuschwellen des Ductus cysticus auf Grund der durch die Steine unterhaltenen chronischen Entzündung.

Mit diesen Anschauungen setzt sich R. sehr in Gegensatz zu den bisherigen Lehren der inneren Medicin. Der Gegensatz erklärt sich dadurch, dass die beiden Parteien mit sehr verschiedenem Materiale arbeiten. Der Interne sieht meistens nur relativ schwere mit Ikterus verlaufende Fälle von Gallensteinen, während die Mehrzahl der dem Chirurgen zugehenden Fälle Kranke mit acut entzündlichem Hydrops sind.

Was den Beginn des Leidens anbetrifft, so hat man zu unterscheiden zwischen Fällen mit schleichendem und solchen mit plötzlichem Beginne. Unter 50 in Betracht kommenden Kranken begann das Leiden schleichend in 22 Fällen, drei hatten überhaupt keine Beschwerden, und bei 25 handelte es sich um acuten Beginn unter Gallensteinkolik. Primärer Ikterus war nur bei 8 Kranken vorhanden, bei 4 derselben auch nur vorübergehend und bei einem unsicher. Im Ganzen bleiben also unter 59 Beobachtungen nur drei reine Fälle von Gallensteinkolik mit stets sich wiederholendem Ikterus.

Hinsichtlich des Ikterus bei Gallensteinkrankheit geben nun die Beobachtungen R.'s wiederum sehr wichtige Aufschlüsse. Nur in $^3/_5$ der Fälle war der Ikterus dadurch bedingt, dass Steine in den Ductus choledochus eingetreten waren; in den übrigen war er nur die Folge einer in der Gallenblase entstehenden, auf die tiefen Gänge sich fortsetzenden Entzündung, letztere vergesellschaftet eventuell mit vorübergehender Verschwellung des Ductus choledochus und der Gallengänge in der Leber.

Den ersteren Ikterus nennt R. den reell lithogenen, den letzteren den entzündlichen oder begleitenden; dieser ist vorübergehend, wenn er auch zuweilen Wochen lang anhält, jener meist ein dauernder. Die zur Verschwellung der Gallengänge führende Entzündung kann entweder eine chronische oder eine acute sein. Die chronische Form charakterisirt sich als ein dauernder Reizzustand, die Aetiologie der acuten ist noch ziemlich unaufgeklärt, möglich, dass Zerrungen und Verletzungen hierbei eine gewisse Rolle spielen.

Sehr eingehende Erörterungen sind der Diagnose der Gallensteinkrankheit gewidmet. Die grössten Schwierigkeiten bereiten derselben die ohne Ikterus einhergehenden Fälle, welche ja, wie oben ausgeführt, keineswegs selten sind. Hier muss eine sorgfältige Berücksichtigung aller anderen, vor allen

Dingen anamnestischen Symptome stattfinden; auch die beiden anderen charakteristischen Symptome, Gallensteinkoliken und Tumor, fehlen nur zu häufig, oft besteht das einzige Zeichen in einem ewigen lästigen Druck vor dem Magen. Leider giebt auch die Intensität der klinischen Erscheinungen keine Anhaltspunkte für den Grad der pathologisch-anatomischen Veränderungen; nur eins scheint festzustehen: grosse Steine in einer relativ intacten Gallenblase, deren Ductus cysticus offen ist, machen die geringsten Störungen.

Zu Verwechslungen mit der Gallensteinkrankheit können eine ganze Reihe von Affectionen Veranlassung geben, so die circumscripte Tuberculose des Pylorus, die Hernien der Linea alba, ferner Ileus, Typhlitis, Ruptur der Bauchmuskeln, rechtsseitige Nierenleiden, besonders Wanderniere. Die Verwechslung mit Wanderniere ist besonders leicht deswegen, weil, wie Verfasser schon früher nachgewiesen hat, sich bei dem Hydrops vesicae felleae ein zungenförmiger Fortsatz der Leber ausbilden kann. (Hinsichtlich der beiden von R. beschriebenen Fälle von Tuberculose des Pylorus möchte Referent gewissen Zweifeln Ausdruck geben. Referent hat sich aus den Krankengeschichten nicht überzeugen können, dass es sich um eine Tuberculose des Pylorus gehandelt hat.)

Beim Auftreten von Ikterus wird über die Diagnose des Leidens selbst im Allgemeinen kein Zweifel herrschen; wohl aber wird es dann schwierig sein, zu bestimmen, ob ein reell lithogener oder ein entzündlicher Ikterus vorliegt, mit anderen Worten, ob die Verstopfung der Gallengänge durch Steine oder durch entzündliche Schwellung bewirkt ist. Allgemeine Regeln lassen sich hier wohl kaum aufstellen, ebensowenig wie für die Entscheidung darüber, ob nach voraufgegangenen Anfällen von Gallensteinkolik mit Ikterus noch Steine im Gallengangsysteme stecken oder nicht. Für die Art des operativen Eingriffes ist aber die Beantwortung dieser Fragen von hoher Bedeutung.

Auch bezüglich der Behandlung der Gallensteine kommt R. zu sehr bemerkenswerthen Schlussfolgerungen. Die Hauptsache besteht in einer frühzeitigen Operation. „Nicht am Ende der Tragödie, sondern am Anfang derselben soll die moderne Chirurgie eingreifen, prophylaktisch soll sie wirken.“ Die innere Behandlung ist angezeigt bei der typischen ohne Vorboten auftretenden Gallensteinkolik mit alsbald folgendem Ikterus (kleine Steine). Gehen der Gallensteinkolik länger dauernde Störungen voraus und treten allmählich Gallensteinkoliken ohne Ikterus auf, ein Beweis, dass es sich um begleitenden Ikterus handelt, dann ist schleunigst die Operation indicirt. Bei Gallensteinkoliken ohne Ikterus ist die Operation immer indicirt, ebenso bei dauernde Beschwerden machenden Gallensteinen, weiter bei andauerndem hartnäckigen Ikterus (Choledochusverschluss) und bei allen eitrigen Processen.

Bei der operativen Behandlung der in der Gallenblase und im Ductus cysticus steckenden Gallensteine ist Verfasser ein unbedingter Anhänger der einfachen zweizeitigen Cholecystotomie. Er verwirft alle die in neuerer Zeit empfohlenen Modificationen derselben, indem er besonders darauf hinweist, dass nur die vorübergehende Drainage der Gallenblase die Garantie für die vollständige Entfernung aller Steine giebt. Unter 30 Fällen von zweizeitiger Operation gelang es nur 16 mal, die Steine in einem Acte zu entfernen. Bei richtiger Ausführung ist die zweizeitige Cystotomie eine absolut ungefährliche Operation.

Die nach der zweizeitigen Operation zurückbleibenden Fisteln scheiden sich in Schleim- und Gallenfisteln. Erstere entstehen bei Verschluss des Ductus cysticus, letztere bei einem solchen des Choledochus. Die durch einfache Obliteration des Ductus cysticus entstandene Schleimfistel schliesst sich in der Regel von selbst. Handelt es sich um Steine im Ductus cysticus, so kann man dieselben bei einiger Geduld meistens ohne grösseren Eingriff von der Fistel aus extrahiren. Eine Gallenfistel soll normaler Weise nach 2—6 Wochen zu secerniren aufhören. Dauert die Secretion längere Zeit, so wird ein weiterer operativer Eingriff nothwendig: Ablösung und Naht der gezerrten Gallenblase, Entfernung von Steinen aus dem Choledochus.

Für die Operation von Steinen im Ductus choledochus ist das einzig richtige Verfahren die directe einzeitige Incision des Choledochus mit nachfolgender Naht. Die Zertrümmerung der Steine (Tait) bietet dem Verfasser zu unsichere Aussichten. Nach der Naht des Ductus choledochus soll man womöglich, d. h. wenn der Ductus cysticus offen ist, durch Anlegen einer Gallenblasenfistel für den Abfluss der Galle sorgen.

Die Resultate der nach den besprochenen Indicationen und Methoden ausgeführten Operationen sind ausserordentlich günstige zu nennen: von 21 Kranken mit Gallensteinleiden ohne Ikterus sind 19 definitiv geheilt, 1 gestorben (Gallenblasenexstirpation!), 1 hat durch eigene Schuld eine Schleimfistel zurückbehalten; von 18 Gallensteinkranken mit Ikterus sind 15 definitiv geheilt, 3 gestorben. Auf Grund einer genauen Analyse der vier ungünstig verlaufenen Fälle glaubt R., dass er bei seinen jetzigen Erfahrungen bei dem einen sicher, bei den drei anderen vielleicht der Schwierigkeiten Herr geworden wäre.

Leider kann auf die einzelnen dabei in Betracht kommenden Momente hier nicht näher eingegangen werden, wie Referent es sich überhaupt hat versagen müssen, viele in den Text und in die Krankengeschichten eingestreuten ausserordentlich praktischen Fingerzeige hier näher zu berücksichtigen. Das Buch wird in der Lehre von der Pathologie und Chirurgie der Gallensteine eine wichtige Rolle spielen und sei zum Studium angelegentlichst empfohlen. Krecke.

Herzog: Die Rückbildung des Nabels und der Nabelgefässe mit besonderer Berücksichtigung der Pathogenese der Nabelhernien. Eine anatomisch-histologische Untersuchung. Mit 8 Tafeln. Verlag von J. F. Lehmann, München 1891.

Nach einer einleitenden Uebersicht über die bisherigen relativ spärlichen Arbeiten über die in Rede stehenden Verhältnisse folgen die Resultate des Verfassers, welche auf genauen, mit Hilfe der Serienmethode angestellten Untersuchungen einer grösseren Anzahl von Fällen beruhen, die der Zeit vom ersten Drittel der Schwangerschaft bis 8 Jahre nach der Geburt entstammen. Es werden in einzelnen Abschnitten das Verhalten der Nabelarterien und Nabelvenen und ihrer Umgebung in der fötalen Zeit, beim ausgetragenen Kind, der Rückbildungsprocess der Umbilicalgefässe und die Verhältnisse des völlig zurückgebildeten Nabels besprochen.

Zur Zeit des fötalen Lebens zeigt die Nabelarterie an dem innerhalb der Bauchhöhle verlaufenden Theil eine sehr stark entwickelte Adventitia, welche aus einem dem embryonalen Bindegewebe gleichenden lockeren Gewebe besteht, das mit der Wharton'schen Sulze des Nabelstranges zusammenhängt, ja als directe Fortsetzung derselben erscheint. An der äusseren Peripherie der Adventitia zeigt sich eine Anfangs schmale Schicht fertigen, „geformten“ Bindegewebes, die allmählich an Breite zunimmt und auf Kosten des embryonalen Adventitiagewebes durch Umwandlung desselben entsteht. Diese Adventitia steht in fester Verbindung mit ihrer Umgebung und heftet speciell die Nabelarterien an den unteren Rand des Nabelringes an.

Die Media der Nabelarterien zeigt ausser den Circulärmuskelfasern noch unregelmässig sich durchflechtende Muskelzüge, aber keine reine Längsmusculatur.

Der Nabelvene fehlt eine solche Adventitia mit embryonalem Gewebe und dem entsprechend ist auch die Vene nicht so innig mit der Umgebung verbunden wie die Nabelarterien und es stellt sich daher auch am oberen Theil des Nabelringes, wo die Vene austritt, keine so feste Verbindung ein, ein Verhältniss, welches für eine unten zu erwähnende Eigenthümlichkeit vieler Nabelhernien von Bedeulung ist. Innerhalb des Nabelstranges liegt die Wharton'sche Sulze, sowohl an Arterie wie an der Vene direct dem Gefässrohr an. Dafür dass das bei der Arterie erwähnte embryonale Gewebe der Adventitia mit der Wharton'schen Sulze übereinstimmt, spricht auch dessen vom Verf. durch gelungene Injectionsversuche nachgewiesener Gehalt an Lymphgefässen.

Nach der Geburt beginnt die Bildung der Hautnabelnarbe des „definitiven Nabels“ und die Rückbildung der Umbilical-

gefässe. Der Hautnabel wird nach Abstossung des Nabelschnurrestes gebildet, indem die zurückbleibende Granulationsfläche sich überhäutet. Unabhängig davon geht der definitive Verschluss des Nabelringes, d. h. der Oeffnung in der fibrösen Naht der Rectusscheiden vor sich. Nach der gewöhnlichen, von Robin herrührenden Ansicht sollen die Nabelgefässe sich zurückziehen und zwar soll dieses Zurückziehen nur von Seite der Media und Intima innerhalb der Adventitia stattfinden, während die letztere zur Bildung der Venenligamente Veranlassung gäbe.

Durch die Untersuchungen H.'s wurde festgestellt, dass der Process in einer anderen Weise stattfindet, welche schon durch ihre Analogie mit gleich anzuführenden Vorgängen an anderen Gefässen a priori viel mehr Wahrscheinlichkeit für sich hat als die Hypothese, dass die Innenhäute sich innerhalb der Adventitia retrahiren.

Der Umbildungprocess beginnt an den Nabelarterien in der Richtung vom Nabel weg, an den Venen umgekehrt von dem gegen die Leber gelegenen Theil nach dem Nabel zu. An der Arterie zeigt sich Umwandlung der embryonalen Adventitia in fertiges Bindegewebe, Degeneration der Muscularis und eine Wucherung der Intima, welch' letztere allmählich den Verschluss des Lumens herbeiführt. Es bildet sich dabei ein Granulationsgewebe, welches das im Arterienlumen befindliche Blutcoagulum allmählich einengt. Der ganze Process entspricht einer Endarteritis obliterans, welche mit Wahrscheinlichkeit auf mechanische Ursachen zurückzuführen ist, analog den obliterirenden Processen, die sich auch an anderen Arterien einstellen, deren Blutfülle geringer geworden oder völlig aufgehoben ist; so z. B. an den Gefässen von Amputationsstümpfen, an unterbundenen Arterien etc. Dass an den Gefässen, speciell an den Nabelarterien sich eine Thrombose einstellt, ist zum definitiven Verschluss nicht nöthig, im Gegentheil scheint bei vorhandener Thrombose die Intimawucherung langsamer vor sich zu gehen.

Am völlig zurückgebildeten Nabel zeigt sich an dessen unterem Theil der Raum zwischen der Haut und der auseinandergewichenen Linea alba durch eine umfängliche Bindegewebsmasse erfüllt, welche mit der Haut sowie mit dem Rand des Nabelringes fest verwachsen ist und einen breiten Verschluss des Nabelringes bildet. Diese Gewebsmasse entspricht den bindegewebig umgewandelten Nabelarterien.

Am oberen Theil des Nabels sieht man da, wo die Vene gelegen war, nur eine dünne Verschlussplatte, darüber die nicht sehr umfängliche obliterirte Vene, die nur locker in ihrer Umgebung liegt. Es entsteht also am oberen Theil des Nabelringes nur ein lockerer Verschluss, während derselbe am unteren, wo die Arterien verlaufen, sehr fest ist, eine Differenz, welche nichts mit einer Retraction der Gefässe zu thun hat, sondern aus der von Anfang an verschiedenen Beschaffenheit von Arterie und Vene begründet ist. Auch handelt es sich nicht um einen eigentlichen Vernarbungsprocess, sondern um eine Umwandlung des embryonalen Bindegewebes in ein fertiges.

Aus diesen anatomischen Verhältnissen ergiebt sich nun eine Erklärung für die Genese der Nabelhernien. Zwischen dem oberen Umfang des Nabelringes und dem mit dem Venenligament verwachsenen umfänglichen Bindegewebspfropf entsteht eine canalförmige Lücke, die man passend als Canalis umbilicalis bezeichnet. Dieselbe ist nach der Bauchhöhle zu nur mit dünnen Bindegewebslagen bedeckt, und mündet nach vorne unmittelbar unter die Haut. Indem die Nabelhernien diesen Weg nehmen, erklärt sich die ihnen vielfach zukommende Eigenthümlichkeit, dass die Nabelnarbe nicht auf dem Scheitel, sondern am unteren Pol derselben liegt, weil der Nabel an seinem unteren Umfang durch die derben aus den Arterien hervorgegangenen Bindegewebsstränge fixirt ist und seinen Platz nicht ändern kann.

Die in der Monographie erörterten anatomischen und genetischen Verhältnisse sind durch 25 gut ausgeführte Abbildungen auf 8 Tafeln klar erläutert.

Schmaus-München.

Dr. **Ignaz Mair,** k. Bezirksarzt: **Apophthegmata.** Aus der Lebens- und Wissenserfahrung eines alten Arztes. Ingolstadt 1891.

In bunter Reihenfolge bietet der Verfasser 410 kürzere und längere Sinnsprüche und Aphorismen aus allen Gebieten des Lebens. Wir glauben, dass mancher College gerne in dem anspruchslosen Hefte blättern und sich an manchem treffenden, sinnigen oder launigen Worte des Verfassers erfreuen wird.

Friedens-Sanitätsordnung vom 16. Mai 1891. Berlin bei E. S. Mittler & Sohn.

Durch diese Verordnung wurde in Preussen das Friedens-lazareth-Reglement vom Jahre 1852, die Arzneiverpflegungs-Instruction und die Rapport-Instruction aufgehoben.

Dieselbe umfasst:

I. Friedens-Sanitätswesen im Allgemeinen,
II. Truppen-Sanitätsdienst,
III. Lazarethdienst,
Persönliche Verhältnisse der Beamten und des Sanitäts-Unterpersonals.

Wir finden, wie in der Kriegs-Sanitätsordnung für das Feld, so hier für den Frieden eine sachgemässe Zusammenstellung sämmtlicher Vorschriften des Friedens-Sanitätsdienstes und ist diese Zusamenfassung in ein Reglement mit Freuden zu begrüssen.

Vereins- und Congress-Berichte.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 2. Mai 1892.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Vor der Tagesordnung: Herr **Leyden** spricht im Namen des Vorstandes seinen Dank für die Wiederwahl aus. Das Sammelwerk über die Influenzaepidemie 1890 ist nun vollständig erschienen und zeichnet sich durch gute Ausstattung und eine Reihe von schönen Tafeln aus, die dem Werke eine noch grössere Wirkung verleihen. Durch das grosse Material, von 6000 Aerzten mitgetheilt, ist eine ausserordentliche Vollständigkeit zu Stande gekommen. Berücksichtigt findet sich auch, was auf den Sammelkarten nicht gefragt war, die pathologische Anatomie und die Bakteriologie.

Redner giebt dann ein kurzes Referat über den Leipziger Congress.

Herr **Remak** stellt einen Fall von **Skoliose bei Ischias,** die Ischias scoliotica vor, anknüpfend an einen ähnlichen Fall, den er 1890 demonstrirte. Die Lendenwirbelsäule wird nach der gesunden Seite gewölbt, diese Ausbiegung kann, braucht aber nicht durch eine entsprechende Skoliose der Rückenwirbelsäule compensirt zu werden. Ich schliesse mich der Ansicht der französischen Autoren an, die annehmen, dass instinctiv in Folge des Schmerzes der Schwerpunkt auf die gesunde Seite verlegt und dadurch die Lendenwirbelsäule nach derselben geneigt wird, während auf der entgegengesetzten eine Contraction stattfindet (Brissaud). Von deutscher Seite sind schon ausführliche Vorarbeiten gemacht worden (Pocher'sche Klinik 1889) und wurde nachzuweisen versucht, dass durch eine Anastomose des zweiten Sacralnerven mit dem N. sacro-lumbalis diesem sensible Fasern zugeführt werden und dadurch Schmerzen, Reizung und Contracturen bedingt würden. In meinem ersten Falle alternirte die Skoliose. Dies ist hier nicht der Fall. Mein Patient hat eine rechtsseitige Ischias und ist bereits zum dritten Male in meiner Behandlung. Vor einigen Monaten hat sich die Verkrümmung der Wirbelsäule eingestellt, Convexität nach links, Concavität nach rechts. Der Mann ist Former, ich lege darauf Gewicht, er steht meist in gebückter Stellung mit nach rechts geneigtem Körper. Beim Gehen berührt der Fuss vollständig den Erdboden, es besteht keine Verkürzung, keine Rotirung nach innen oder aussen. Der Thorax ist etwas nach vorn torquirt,

am oberen Theil ist eine leichte compensatorische Skoliose vorhanden mit der Convexität nach rechts.

Tagesordnung. Herr **Blaschko: Ueber Paraffinembolie der Lungen bei intramusculären Quecksilberinjectionen.**

Schon in den 50er Jahren sind Injectionen von unlöslichen Quecksilbersalzen vorübergehend angewandt worden. Man versuchte nacheinander die verschiedensten Salze; heute ist das salicylsaure, welches 59 Proc. Quecksilber enthält, sehr beliebt. Als Vehikel bedient man sich jetzt des fast absolut aseptischen Paraffinum liquidum. Die Technik ist sehr einfach und ich gestehe, dass ich nächst der Schmiercur kein Verfahren kenne, das so ausgezeichnete Resultate liefert. Bei 25000 Injectionen habe ich keinen Abscess gesehen, Infiltrationen kommen nicht selten vor, gehen aber schnell vorüber. Weitere Vortheile sind die seltenere Application des Mittels gegenüber dem Sublimat und die Ungiftigkeit desselben. Abgesehen von Idiosynkrasien gegen das Quecksilber überhaupt habe ich bei der Anwendung der Quecksilberparaffininjectionen ein Paar Fälle beobachtet, die nicht anders zu erklären sind, wie ich glaube, als dass es sich um embolische Infarcte der Lunge handelt.

Der erste Patient erkrankte bald nach einer Einspritzung mit Angstgefühl, Husten, Stechen in der Brust; die Athmung wurde oberflächlich. Bei der Inspection am nächsten Tage zeigte sich, dass die rechte Seite so gut wie gar nicht athmete, die Athmung war beschleunigt, oberflächlich, 25—30 Athemzüge in der Minute. Die Percussion ergab von der 4. Rippe an tympanitischen Schall, Athmungsgeräusche waren nicht vernehmbar, von der 5. Rippe an abgeschwächtes vesiculäres Athmen. Es stellte sich dann reichlicher Husten und schleimiger Auswurf mit blutigen Streifen ein; am dritten Tage betheiligte sich die rechte Seite wieder an der Athmung, über der gedämpften Partie war deutliches Knisterrasseln, was allmählich wieder der normalen Athmung Platz machte, die Dämpfung verlor sich. Temperatursteigerungen waren minimal.

Beim zweiten Patienten stellte sich ½ Stunde nach der Einspritzung ein andauernder Hustenanfall mit Schmerzen in der linken Seite ein, Athmung 40, Temperatur 38,2, Puls 100. Die Percussion ergab nichts Besonderes, HOL knarrendes Athemgeräusch hörbar, bronchiales Exspirium; Husten mit spärlichem schleimigen, mit Blut vermischten Sputum stellte sich ein, später HO kleinblasiges Rasseln. Nach 3 Tagen verschwanden die Symptome.

Die Therapie bestand in beiden Fällen in feuchten Einwickelungen. Einen dritten Fall habe ich vor einigen Tagen beobachtet. In diese Rubrik gehört vielleicht noch die Beobachtung, dass bei einigen Patienten fast momentan mit der Einspritzung ein heftiger Hustenparoxismus auftritt, der bis zu einer Viertelstunde anhalten kann. Alle diese Patienten haben wir am nächsten Tage wieder kommen lassen, aber niemals wesentliche Krankheitserscheinungen gesehen. Ich glaube, das lässt sich nicht anders erklären, als dass flüssiges Paraffin mit dem darin suspendirten Quecksilberpräparat in die Lunge gekommen ist. In der Lunge selbst ist das Paraffin ziemlich harmlos, besonders in den geringen Mengen, um die es sich hier handelt. Man kann mit den Fettembolien einen Vergleich ziehen, die erst dann gefährlich werden, wenn grössere Mengen Fett in die Capillaren kommen. Soll man nun deshalb von dieser Application des Quecksilbers Abstand nehmen? Ich glaube, dass bei gesunden Menschen die Injectionen keine wesentlichen Krankheitserscheinungen machen können und zwar weder durch das Paraffin noch durch das Quecksilber, das wohl ebenso gut in der Lunge wie in der Musculatur resorbirt wird. Ich möchte dies aber nur auf wirklich gesunde Menschen beschränken, bei Lungenkranken würde es entschieden verfehlt sein, wenn man sich diesem Risico aussetzen wollte; bei ausgesprochener Phthise steht man ja überhaupt von der Quecksilbertherapie ab. Bei Leuten mit tuberculösem Habitus wäre es falsch, wollte man von vornherein kein Hydrargyrum anwenden; bei diesen injicire ich kleinere Dosen, so dass für den Fall einer Embolie immer sehr geringe Quanten Quecksilber in die Lungen gerathen und so der locale Reiz ein viel geringerer sein müsste.

Herr **Zarniko:** Ueber einige seltene **Neubildungen der Nase** mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

Ich kann mich kurz fassen, da mein Vortrag bereits in Virchow's Archiv erschienen ist. Es handelt sich um Nasenpolypen, die sich durch ihre Zerklüftung, ihre stark unebene Oberfläche auszeichnen. Tiefe Taschen erstrecken sich weit in's Innere. Diese Unregelmässigkeiten finden sich auch auf dem Durchschnitt. Das Epithel zerfällt in 2 Abtheilungen; ein Theil ist mit mehrzelligem Cylinderepithel überzogen, ein Theil mit Pflasterepithel, das eine Dicke von mehreren Millimetern erreicht. Die oberen Schichten zeichnen sich durch blasse Färbung und geschrumpfte Kerne aus. In einem Polypen fand sich Knochensubstanz.

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. Januar 1892.

Vorsitzender: Herr Heller.

1) Herr **Bauer: Ueber Highmorshöhlen-Eiterung.**

Man kann bei den Highmorshöhlen-Eiterungen zwei Formen unterscheiden; eine, welche die sogenannten classischen Symptome zeigt, Auftreibung des Kieferknochens, Infiltration der bedeckenden Weichtheile etc., und eine zweite, deren Erscheinungen mehr latent sind. Diese letztere ist erst seit einigen Jahren bekannt, obwohl sie die viel häufiger vorkommende ist. Die Ursachen derselben können Traumen sein, ferner Fremdkörper, Parasiten, die in die Höhle gelangen, sei es von einer Fistel im Alveolarfortsatz, sei es durch die natürliche Oeffnung im mittleren Nasengang; endlich sind es Erkrankungen der Nase oder der Zähne. Die subjectiven Symptome sind einseitiger übelriechender Ausfluss aus der Nase, Kopfschmerz, besonders in der Gegend über und unter dem Auge der befallenen Seite. Die objectiven Zeichen sind Eiter im mittleren Nasengang und im Pharynx, Wucherungen der Nasenschleimhaut, Polypenbildung derselben, Vortreibung der medialen Wand der Höhle. Inconstant und unzuverlässig ist Einengung des Gesichtsfeldes. Um mit Sicherheit eine Erkrankung der Kieferhöhle zu diagnosticiren, sind oft die genannten Erscheinungen nicht hinreichend; man hat daher zur Sicherstellung der Diagnose zwei Verfahren angegeben; das eine ist die Durchleuchtung des Oberkiefers von der Mundhöhle aus, das andere ist die Probepunction; letztere wird am zweckmässigsten vom unteren Nasengang aus gemacht. (Nach dem Vorgang von Mor. Schmidt.) Die Prognose der Empyeme des Antrum ist im Ganzen günstig, wenn es gelingt, die Ursache — einen cariösen Zahn etc. — zu beseitigen, doch ist die Behandlung im Allgemeinen ziemlich langwierig. Dieselbe hat ausser in der Entfernung der Ursache in der Entleerung der Höhle von Eiter zu bestehen. Dies kann man entweder durch die natürliche Oeffnung im mittleren Nasengang erreichen, oder durch eine künstlich angelegte, entweder im unteren Nasengang (Mikulicz) in der Fossa canina (Küster) oder im Alveolarfortsatz (Ziem). Die fernere Therapie besteht dann in Ausspülung mit Desinficientien, oder in Trockenbehandlung mittelst Pulvereinblasung (Aristol, Zinksozojodol, Jodoform).

2) Herr **G. Merkel** berichtet über die seit Ende November im Krankenhause zur Beobachtung gekommenen Fälle von **Influenza.** Der erste charakteristische Fall ging am 21. November zu unter schweren Prostrations-Erscheinungen. Am 21. December erst kam ein gleicher zweiter Fall, an dem sich 8 Hausinfectionen anschlossen. Seit dem sind im Ganzen 37 neue Zugänge beobachtet worden. Im Allgemeinen sind die Fälle leichter als vor 2 Jahren, fast durchweg von starken katarrhalischen Affectionen der Bronchien begleitet, bald mit, bald ohne Milzschwellung, mit hohen 2—3 Tage andauernden Temperaturen und langsamer Erholung. In 2 Fällen kam es zu Pneumonien mit schweren Erscheinungen und auffallender Circulationsschwäche. Diese Pneumonien entstanden binnen einigen Tagen aus ursprünglich einfachen bronchitischen Erscheinungen.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

VI. französischer Chirurgen-Congress.

Den VI. französischen Chirurgen-Congress, der vom 18.—23. April in Paris abgehalten wurde, eröffneten, nachdem Lagrange-Bordeaux über maligne Tumoren des Sehnerven gesprochen, zunächst Mittheilungen aus dem Gebiet der Abdominal-Chirurgie. Boiffin-Nantes theilte mehrere Fälle von acutem oder chronischem Darm-

verschluss mit, die ihn die frühzeitig ausgeführte Laparotomie als das beste Vorgehen betrachten und zu langes Fortsetzen interner Behandlung scharf verurtheilen lassen.

Routier besprach die Behandlung der Beckeneiterungen, Gross-Nancy lieferte einen Beitrag zu den Fibromyomen des Lig. lat., die er mit Saenger von den muskulären Elementen des Ligamentum latum ausgehen lässt. Mauny-Saintes kommt im Anschluss an einen Fall von grosser intra-umbilicaler Hernie — die er wegen Einklemmung mit Laparotomie, ausgedehnter Netzresection, lateraler Enterorhapie an mehreren Stellen (wegen Einreissen des theilweise gangränösen Darmes) behandelte und definitiv heilte — zu dem Schluss, dass man bei Brucheinklemmung in der Nabelgegend die Taxis wegen der Gefahr, schon gangränösen oder durch Netzverwachsungen gezerrten Darm in die Bauchhöhle zurückzudrängen, ganz unterlassen, vielmehr ganz wie bei Darmverschluss die Laparotomie machen soll.

Dezanneau-Angers berichtete über einen erfolgreichen Fall von Dickdarmresection (12 cm lang) wegen fibröser Strictur, Jacobs über operatives Eingreifen bei acuter Peritonitis, wovon Pozzi zweimal guten Erfolg sah.

Lannelongue berichtete weiterhin über seine sklerogene Methode bei Behandlung tuberculöser Knochen-Gelenkentzündungen, und plaidirt entschieden für frühzeitige active Behandlung dieser Leiden in den ersten Stadien, indem er durch seine Chlorzinkinjectionen eine Art Wall, eine entzündliche Verdichtung schafft, die gegen die Bacillen selbst und ihre Producte widerstandsfähiger ist. L. hofft, dass hiedurch der Process in den ersten Stadien vor Eintritt der Erweichung und Eiterung heilbar ist, während, nachdem Monate schon verstrichen, zuweilen complementäre Operationen nothwendig werden. In Betreff der schon offenen, fortgeschrittenen Fälle soll die Methode neben den nothwendigen Operationen fortgeführt, die Heilung entschieden beschleunigen und insbesondere dadurch, dass die Resorption der Bacillentoxine verhütet wird, das Allgemeinbefinden fördern. Dubois-Cambrai und Coudray berichten weiterhin über ihre günstigen Resultate mit der Methode.

Die Pathogenie und Behandlung der chirurgischen Gangrän war ein Hauptthema der Tagesordnung und betonte zunächst Jeannel den Unterschied zwischen Gangrän im engeren Sinn, d. h. Absterben der nicht ernährten Gewebe von der Putrefaction d. h. putrider oder septischer Veränderung der absterbenden oder abgestorbenen Gewebe, die jedoch auch in lebendem Gewebe auftreten, Gangrän bedingen kann. J. unterscheidet danach die Gangrènes trophiques und die Gangrènes toxiques, von denen die ersteren vasculären, nervösen oder cellulären (traumatischen) Ursprungs sein können, während man die toxischen Gangränformen als von Mikrobeninfection ohne besondere Diathese oder von solcher bei bestehender Diathese bedingt ansehen kann.

Die trophischen Gangränen an sich sind weder contagiös noch fortschreitend, die toxischen sind hochgradig contagiös und zur Ausbreitung geneigt. Bei der aseptischen trophischen Gangrän hat der Chirurg die Wahl zwischen 1) dem Abwarten unter antiseptischem Verband, bis die spontane Elimination des gangränösen Theils eintritt, 2) der secundären Amputation nach eingetretener Demarcation, 3) der primären Amputation, — ersteres kann durch die constitutionellen Verhältnisse, die Umgebung nothwendig werden, während letztere sonst gewählt werden wird.

Bei der trophischen Gangrän mit Infection ist die Amputation nöthig, aber mehr riskirt, oft werden bei sehr ausgebreiteter Infection ausgedehntes Débridement mit Paquelin, Chlorzinkätzungen etc. nöthig.

Bei den toxischen Gangränen hält J. antiseptische Einwicklung mit oder ohne secundäre Amputation für indicirt. Berthomier-Moulins hält im Anschluss an einen Fall von Gangrän des Beins nach Femoralisunterbindung Längsincisionen mit Paquelin unterhalb der Grenze des Brandigen für indicirt, um Secretverhaltungen vorzubeugen. Gérard Marchand berichtet über einen Fall septischer Gangrän des Arms nach Pferdebiss, der nach Amputation im septischen Gewebe günstig verlief. Streptococcus pyogenes und der Pasteur'sche Fäulnissvibrio wurden nachgewiesen. Leprévost-Havre behandelte im Anschluss an 3 entsprechende Fälle seiner Beobachtung die Gangrän nach Kreuz-Steissbeinresectionen, die durch die Rapidität ihres Auftretens und die Art ihrer Localisation an die von Samuel als Decubitus acutus beschriebene trophische Störung spinalen Ursprungs erinnert. Campenon erwähnt betreffs der Aetiologie der gangränösen Septicämie, dass in 12 Fällen seiner Beobachtung 11 mal die Wunde durch Staub etc. verunreinigt war, in 4 bakteriologisch studirten Fällen fand sich 3 mal der Vibrio sept. In den ganz acuten Fällen muss nach C. die Amputation sofort ausgeführt werden, in den acuten soll sie unterbleiben. Reynier constatirte Affection des Nervensystems in über 80 Proc. Gangränfällen und glaubt, dass sich septische und aseptische Gangrän immer auf einem durch Nervenaffection gewissermaassen disponirten Boden entwickelt.

Ein Fall von Gangrän durch elastische Compression, der sehr zur Vorsicht mahnt, wurde schliesslich von Levrat-Lyon mitgetheilt, indem in 2 Fällen von (mit elastischem Zug und äusserer Schiene behandeltem) Genu valgum nach 21, resp. 48 Stunden Gangrän eintrat, die die Amputation benöthigte.

Poncet-Lyon sprach über den hohen Blasenschnitt bei Prostataleiden und hat die Operation in 35 Fällen lediglich zu dem Zweck ausgeführt, eine Urinfistel behufs Urinabgang herzustellen. Die Operation ist nach P. in allen Fällen indicirt, wo völlige Retentio urinae vorhanden und der Katheter sich nicht einführen lässt, sowie da, wo drohende Urinvergiftung oder gefahrdrohende Blutung einen Eingriff benöthigen. Die Fistel gestattet eine directe Action auf die Blase, Prostatektomie lässt sich eventuell anschliessen, die Incontinenz danach ist keine absolute, mehrere Patienten P.'s konnten den Urin ziemlich gut danach halten.

Legueu-Paris spricht über die segensreiche Bedeutung der primären totalen Blasennath nach hohem Blasenschnitt bei Kindern, die in 83,33 Proc. primäre Heilung zur Folge hatte.

Janet betonte in seiner Besprechung der verschiedenen Antiseptica bei Gonorrhöe die Abortivbehandlung mit Lösungen von Kali hypermangan. als sehr erfolgreich.

Phocas-Lille erwähnt bei Besprechung der Blasentumoren des Kindesalters, dass diese (besonders maligne) relativ häufig seien, Blasenblutungen spielen dabei nicht die wichtige Rolle, wie bei Erwachsenen, Palpation vom Rectum her giebt wichtige Anhaltspunkte; von 19 Fällen, die operativ behandelt wurden, endeten nur 2 bei Mädchen, 2 bei Knaben günstig, die bösartigen Tumoren verliefen nach der Operation alle letal, so dass es fraglich, ob man in derartigen Fällen nicht die Operation besser unterlässt.

Ein zweites Hauptthema — die Operationen an den Gallenwegen — wurde von Terrier eingeleitet, der 1) die Cholecystolithotripsie, 2) die Cholecystotomie und Cholecystostomie, 3) die Cholecystectomie, 4) die Cholecystenterostomie, 5) die Choledocholithotripsie und 6) die eigentliche Choledochostomie und 7) die Choledochoenterostomie besprach, denen er noch die Hepaticostomie, die Hepatostomie und den Catheterismus der Gallenwege anreihte.

Die Cholecystotomie, die 1878 von M. Sims, wenige Monate danach von Kocher planmässig ausgeführt wurde, ist jetzt schon in über 300 Fällen ausgeführt worden und unterscheidet Terrier die eigentliche Cholecystotomie, wobei man die Gallenblase nur zu einem besonderen Zweck öffnet und danach wieder schliesst (so dass man sie taille billiaire nennen könnte) von der behufs Herstellung einer Gallenfistel unternommenen Cholecystostomie, die von Curvoisier zweizeitig ausgeführt wurde, jetzt aber gewöhnlich einzeitig vorgenommen wird und zwar als Lawson Tait'sches Verfahren, wenn die Blase geöffnet wird, vor man sie annäht und als Ransokoff'sches Verfahren, wenn man die Blase vor der Eröffnung annäht, (von ersterem kennt man über 150, von letzterem 14 Fälle). Terrier behandelt speciell die definitiven Resultate der verschiedenen Interventionen, von eigenen Fällen hatte T. von 8 Cholecystectomien 7 def. Erfolge, 1 Fall, der letal verlief war sehr complexer Natur (bei Hydatidencysten der Leber).

Ein Fall von Cholecystotomie verlief durch Peritonitis tödtlich, 3 Cholecystostomien verliefen günstig; 1 Fall davon bei einem 12jährigen Kind ist dadurch interessant, dass die aufgefangene Galle specielle Mikroorganismen enthielt. Eine Cholecystenterostomie führte T. bei Tumor des Pankreaskopfes aus. Patient erlag 6 Monate später.

Terillon erwähnt aus seiner Erfahrung von 11 Operationen an den Gallenwegen (8 Cholecystotomien) eine Cholecystotomie wegen daumengrossen Steins, der den Duct. cyst. obstruirte und wegen Unmöglichkeit der Extraction, mit einer Kneipzange ausgeräumt wurde; 5 andere Cystotomien wegen Concrementen waren ebenfalls erfolgreich, eine, bei der die enorm ausgedehnte Gallenblase 1300 g reine Galle enthielt, endete nach starkem Gallenabfluss durch Inanition, in einem Fall blieb eine permanente Gallenfistel.

Michaux berichtete über 2 Fälle von Cystectomie, die vor 3 resp. 2 Jahren erfolgreich ausgeführt worden waren.

Léonte-Bukarest berichtete ebenfalls über 2 Fälle von Gallenblasenschnitt, von denen einer von secundärer Gallenblasenexstirpation wegen fortbestehender Fistel und Verschluss des Ductus cysticus gefolgt war. Richelot hat eine Cholecystenterostomie nach dem Colpi'schen Verfahren ohne bleibenden Erfolg ausgeführt und erlag der Kranke einer bei Gelegenheit einer später unternommenen Cholecystotomie aufgetretenen Blutung aus einem Zweig der A. hepatica.

Duret-Lille führt einen erfolgreichen Fall von Probelaparotomie mit Cystotomie bei einer seit 6 Jahren an heftigen Leibschmerzen leidenden fetten Frau als Beweis für die Nützlichkeit der Probelaparotomie in derartigen Fällen an, häufig findet man dabei chronische entzündliche Erscheinungen, Sklerose der Gallenblase als Folgen von Concrementen und Ursache langdauernder Schmerzen.

Roux-Lausanne führt einige 40 Präparate von Entzündungen des Wurmfortsatzes vor und berichtete über 90 eigene Beobachtungen mit 68 operativ behandelten Fällen, wobei er betont, dass unsere Kenntnisse über die Perityphlitis immer noch sehr unvollständige sind besonders betreffs der verschiedenen Formen der Peritonitis, die stets die Appendicitis begleiten, die mehr reactiven gutartigen Formen seröser, seropurulenter- oder serofibrinöser Entzündung lassen eine Intervention unnütz, ja gefährlich erscheinen.

Delagenière-Mans berichtet über einen Fall von Pneumektomie wegen Lungengangän, der zur Heilung kam, und betont im Anschluss daran, dass es wichtig sei, sich nicht mit einer Drainirung zu begnügen, sondern dass man das gangränöse Gewebe so radical als möglich entfernen müsse.

Calot-Beck sur mer kommt auf die vielbestrittene Frage betreffs der Reduction bei pathologischen Hüftluxationen zurück und erwähnt im Anschluss an mehrere erfolgreiche Fälle, dass er nur in der Kachexie des Individuums eine Contraindication sieht, nicht aber in dem Vorhandensein eines Abscesses.

Redard spricht über gewisse multiple congenitale Contracturen, die er nicht als nervösen Ursprungs ansehen möchte.

Potherat referirte über einen Fall infectiöser Polyarthritis, bei dem Knie- und Handgelenk eröffnet wurden und danach völlig normale Beweglichkeit wieder erlangten.

Phocas-Lille und Levrat-Lyon legten eine Lanze für die manuelle Osteoclasie bei Genu valgum ein, indem beide danach stets guten Erfolg sahen (letzterer in über 200 Fällen die Methode ausführte).

Ollier-Lyon befürwortet die Kniegelenkresection, die er allen atypischen Operationen überlegen erachtet; besonders die Einführung der Tubulärnaht, die die unangenehme Torsion des Drahtes überflüssig macht, scheint ihre Vorzüge darzubieten; ebenso wie Ollier hält auch Lucas Championnière ein anchylotisches, wenn auch verkürztes Bein viel brauchbarer, als ein ohne Verkürzung anchylotisches und ist ebenfalls ein Anhänger der Knochennaht.

Girard erwähnt, an 2 Operationen wegen Osteomyelitis des Schambeins anschliessend, dass in solchen Fällen durch frühzeitiges Eingreifen eventuell schwere Betheiligung des Hüftgelenks verhütet werden kann, ebenso wie oft Eingriffe an Femur oder Humerus schweren Gelenkaffectionen am Knie oder Ellbogen vorbeugen können.

Boiffin-Nantes besprach 2 Fälle von Trepanation der Wirbelsäule, deren einer wegen Kyphose mit Lähmung aller 4 Extremitäten erfolgreich war, während der andere bei Wirbelfractur nur vorübergehenden Erfolg hatte, da der betreffende Patient einer Catheterinfection erlag.

Guyon befürwortete den Werth der partiellen perinealen Urethraresectionen im Gegensatz zu den sonst bevorzugten totalen, auch Albarran war mit seinen Erfolgen bei Resection der Urethra wegen Strictur mit Harnfisteln und Darmschwellung stets zufrieden. Um den so peniblen Blasenscheidenfisteln, die in oder nahe der Cervicalportion sitzen, beizukommen, hat T'Michaux den ischiorectalen Zugangsweg erfolgreich benutzt und erläuterte die Operationsmethode an einer von Farabeuf ausgeführten Tafel.

In den oft wichtigen Fällen, wo es fraglich, ob man es mit Syphilis oder bösartiger Neubildung etc. zu thun hat, empfiehlt Jullien warm die aseptischen Calomelinjectionen (0,1 in 1 g flüssiger Vaseline in die Gesässmusculatur injicirt, da man danach in 8 Tagen wisse, ob man es mit Lues zu thun habe oder nicht. P. Privier theilte seine Erfahrungen in dem Gebiet der Hirnchirurgie mit und zieht einen scharfen Meissel stets dem Trepan vor. Insbesondere hält er die Befürchtung, dass durch den Hammer Gehirnerschütterung bewirkt werden könne, für illusorisch. Quermonprez-Lille erwähnt im Anschluss an 2 erfolgreiche Fälle die Autoplastie an der Hand durch Désossement der Finger, indem er das Verfahren durch entsprechende Abbildungen illustrirt.

Rémy hebt die bei Varicen und varicösen Fussgeschwüren durch einfache oder multiple Resectionen der Venen zu erzielenden Erfolge hervor.

Als Themata für den nächsten Congress, der 1893 in der Osterwoche in Paris stattfinden soll, wurden 1) die fibrinösen Tumoren des Uterus, 2) die chirurgische Behandlung der tuberculösen Affectionen des Fusses, aufgestellt. (Nach Sem. méd.)

Schreiber-Augsburg.

Verschiedenes.

(Ueber die rechtliche Stellung des Hausarztes) hat kürzlich die 17. Civilkammer des Landgerichtes I in Berlin in der Berufungsinstanz eine wichtige Entscheidung getroffen. Nach allgemeinem Gebrauch ist der Inhalt des Vertrages dahin aufzufassen, dass der Arzt jederzeit dem Rufe in das Haus folge und auch in seiner Sprechstunde seinen Rath gebe und von Zeit zu Zeit unaufgefordert die Familie besuche, dass er für seine gesammte Thätigkeit ein Pauschquantum erhalte. Es ist durchaus nicht Absicht der Parteien, die Medicinaltaxe zu Grunde zu legen; der Klient pflegt sich die Zahl der Besuche, wieviel Personen dabei behandelt sind, welcher taxmässigen Bewerthung die einzelnen Handlungen unterliegen, wie oft ein Mitglied seiner Familie in die Sprechstunde seines Hausarztes gegangen ist, nicht zu notiren, ist auch meist nicht im Stande, es zu thun. Wenn das der betreffende Arzt thut, so ändert das am Vertragsinhalt nichts. Der Hausvater, der etwa wie hier der Beklagte, Frau und drei Kinder hat, will sich nicht der Gefahr aussetzen, für jeden Besuch 3 Mark 80 Pf. für die ersten, 1 Mark 20 Pf. für die weiteren Personen, also vielleicht 10 Mark zahlen zu müssen. Er will sich die ärztliche Behandlung für eine angemessene Entschädigung im Ganzen sichern. Der Hausarzt aber will sich ein festes Einkommen sichern und nimmt desshalb eine gewisse Zahl von Hausarztstellen an, die ihm ein gewisses Mindesteinkommen in Aussicht stellen. In Zeiten guten Gesundheitszustandes kann er sich dann ohne Einbusse von Einkommen durch wenige Besuche seiner Pflichten entledigen, muss aber auch bei epidemisch auftretenden Krankheiten seine viel angestrengtere Thätigkeit ohne materiellen Gewinn ausüben. Der Kläger ist unstreitig Hausarzt des Beklagten geworden. Er hat die Offerte, Hausarzt zu werden, angenommen. Dass er nicht sofort ein Jahreshonorar bedungen, sondern erklärt hat, es komme darauf an, was er bei dem Beklagten zu thun haben werde, ist ganz natürlich. Der Beklagte hat nun für 1889 dem Kläger 80 Mark ohne Liquidation gezahlt, Kläger hat das angenommen. Aus der Zahlung ergab sich ein Jahres-Honorar von 80 Mark, Kläger hat sich zufrieden gezeigt, der Vertrag ist für 1890 stillschweigend auf dieser Grundlage erneuert. Kläger kann nun nicht nach der Taxe liquidiren und muss desshalb mit seiner Klage abgewiesen werden.

(Zahl der Spermatozoen.) Seit Langem ist es bekannt, dass die Zahl der Spermatozoen im ejaculirtem Sperma unter physiologischen Verhältnissen bedeutenden Schwankungen unterliegt und dass insbesondere mit der Häufigkeit der Samenentleerungen auch die Zahl der Spermatozoen sich vermindert. Diese Erfahrung wurde durch Untersuchungen von Lode (Pflügers Archiv Bd. 50) experimentell bestätigt. Mit dem Blutkörperchen-Zählapparat von Zeiss und Thoma hat Verfasser zunächst bei Hunden und auch dann beim Menschen die Zahl der unter verschiedenen Verhältnissen im Sperma enthaltenen Samenkörperchen bestimmt und in Uebereinstimmung mit den eben erwähnten praktischen Erfahrungen gefunden, dass diese Zahl bei täglichen Samenentleerungen rasch sich mindert. Bei Hunden fand sich am 3. Tage kaum mehr die Hälfte der am 1. Versuchstag festgestellten Zahl der Spermatozoiden und bei mehrmaliger Entleerung während weniger Stunden waren dieselben in der 3. Ejaculation schon nicht mehr auffindbar. Uebereinstimmend damit zeigte ein 29-jähriger Mann in der 3. Ejaculation einer Nacht keine Samenfäden mehr, während deren Gesammtmenge in der ersten Ejaculation auf 133000000 hatte berechnet werden können. Nach Entfernung eines Hodens sank bei dem Versuchsthier die Menge der Spermafäden ungefähr auf die Hälfte der vor der Operation constatirten Menge, ein Beweis, dass nach der Castration weder eine compensatorische Hypertrophie noch gesteigerte Thätigkeit des zurückbleibenden Hodens eintritt.

Therapeutische Notizen.

(Ueber Kosmetik) giebt Saalfeld in der Aprilnummer der Therapeutischen Monatshefte einige beachtenswerthe Vorschriften.

Bei Comedonen und Aknebildung empfiehlt er ausser einer geeigneten chirurgischen Behandlung besonders eine sorgfältige Hautpflege: Waschungen mit Seifen und nachheriges Auftragen eines Schwefelpräparates, z. B.

Sulfur. praecipitati	10,0
Spirit. saponatus kal.	40,0

Bei Akne rosacea kommt ebenfalls der Gebrauch der Schwefelpräparate mit gleichzeitiger Stichelung der ergriffenen Partien in Betracht. Bei Tage muss man das rothe Aussehen durch Amylum, Talcum ven., Zinc. oxydat. mildern; zur Parfümirung kann man dem Pudergemenge 10—20 Proc. Pulv. rad. Iridis Florent. zusetzen.

Eine gute flüssige Schminke ist Hebra's Eau de princese:

Bismuth. carbonic. basic. .	10,0
Talc. venet.	20.0
Aq. rosarum	70,0
Spiritus Coloniens. . . .	3,0

MDS. Den feuchten Bodensatz einzupinseln.

Um die Salben und Poudres der natürlichen Hautfarbe entsprechend ähnlich zu machen, kann man geringe Quantitäten Carmins zusetzen.

Bei Schuppen- und Schinnenbildung des Kopfes müssen zunächst allabendlich die Schuppen mit Seifenspiritus und lauwarmem Wasser entfernt und darnach eine Schwefelsalbe eingerieben werden:

Lactis sulfur.	3,0
Lanolin	3,0
Adip. benzoinat. ad . .	30,0

Hat die Intensität der Schuppenbildung nachgelassen, so braucht man die Procedur nur alle 8—14 Tage einmal zu wiederholen. Zu warnen ist vor den vielfach beliebten Waschungen mit Franzbranntwein und Sodalösungen, da hierdurch der Haut zu viel Fett entzogen und das Haarwachsthum beeinträchtigt wird. Kr.

(Aleuronat) ist ein von Dr. Hundhausen als Nebenproduct bei der Stärkefabrikation aus Weizen nach einer geheim gehaltenen Methode gewonnenes Klebermehl. Bei entsprechender Mischung mit Weizen- resp. Roggenmehl lässt sich aus dem Aleuronat ein stark eiweisshaltiges, auf die Dauer gut geniessbares und bekömmliches Brot herstellen. Solche Brote werden nach Angabe Prof. Ebstein's (D. med. W. 19/92), der dieselben für die Ernährung von Diabetikern warm empfiehlt, von der Conditorei Cron & Lanz in Göttingen in 3 verschiedenen Stärken, enthaltend 30, 40 und 50 Proc. N-haltige Substanz, geliefert.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 17. Mai. Die Aerztekammer der Stadt Berlin und der Provinz Brandenburg hielt am 7. ds. in Anwesenheit des Oberpräsidenten Dr. von Achenbach eine Sitzung ab und beschäftigte sich in derselben hauptsächlich mit der Frage der Erweiterung der disciplinaren Befugnisse der Aerztekammern. Die Verhandlungen wurden durch Referate der Professoren Dr. Guttstadt und Dr. B. Fränkel eingeleitet und ergaben, dass in namentlicher Abstimmung mit allen gegen sechs Stimmen die Zulassung einer Erweiterung der disciplinaren Befugnisse der Aerztekammern im Prinzip angenommen, im weiteren aber folgende Resolution beschlossen wurde:

„Die Aerztekammer Berlin-Brandenburg hält die Erweiterung der ehrengerichtlichen Strafgewalt der Aerztekammern im Interesse des ärztlichen Standes für wünschenswerth. Es wird dabei vorausgesetzt, 1) dass die beamteten Aerzte mit Einschluss der Militärärzte des Friedensstandes, soweit sie ärztliche Praxis ausüben, der ehrengerichtlichen Strafgewalt bis zum Abschluss der Voruntersuchung nicht entzogen werden; 2) dass der § 5 der königlichen Verordnung vom 25. Mai 1887, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung, dahin ergänzt werde, dass ausser der Entziehung des Wahlrechts, welche als höchste Strafe betrachtet wird, die Aerztekammer Warnung und Verweis auszusprechen berechtigt sei; 3) dass der Vorstand der Aerztekammer die Befugniss habe, ehrengerichtliche Gutachten bei Streitigkeiten von Aerzten untereinander abzugeben; 4) dass Geldstrafen, wie Entziehung der Approbation zu verhängen nicht beabsichtigt werde; 5) dass die Mehrheit des Ehrengerichts sowie der Berufungsinstanz aus Aerzten besteht." Hinsichtlich der Berufspflichten der Aerzte wurde auf Antrag des Professors Fränkel beschlossen: „Bevor die Berufspflichten der Aerzte, soweit solche nicht durch das Strafgesetz oder Polizeiverordnungen gegeben und bereits der Beurtheilung der gewöhnlichen Gerichte unterstellt sind, durch eine Medicinalordnung festgestellt sein werden, wünschen wir nicht, dass Verletzungen der Berufspflichten dem ehrengerichtlichen Verfahren unterliegen. Es steht aber dem Ehrengerichte zu, zu entscheiden, ob nach Verurtheilung von Aerzten wegen Verletzung ihrer Berufspflichten durch den gewöhnlichen Richter ausserdem das ehrengerichtliche Verfahren einzuleiten ist."

— Die Bewegung zur Einführung der freien Arztwahl bei den Krankenkassen Berlins hat wieder einen Fortschritt zu verzeichnen. Nach dem Vorgange der Maschinenbauer-Krankenkasse hat nun auch die Ortskrankenkasse der Klempner die freie Arztwahl adoptirt und als Termin des Uebergangs zu diesem System den 1. Jänner k. Js. festgesetzt. Diesem Beschlusse entsprechend wird die Klempnerkasse mit dem 1. Oktober ihren Austritt aus dem Gewerks-Krankenverein ankündigen. Bestimmend für diesen Entschluss waren die günstigen Ergebnisse, die die Maschinenbauerkasse, welche am 1. Jänner d. Js. zum Prinzip der freien Arztwahl übergegangen war, schon im ersten Vierteljahr gemacht hatte. Auch die Buchdruckerkasse, welche eine beschränkte freie Arztwahl für ihre Mitglieder eingeführt hat, erzielt damit befriedigende Resultate. (Allg. W. med. Ztg.)

— Der Generalsekretär des bayerischen Frauenvereins, Herr Oberst a. D. Th. Kriebel in München, ladet die Herren Aerzte zur Besichtigung der neuen Krankenpflegeanstalt des rothen Kreuzes in der äusseren Nymphenburgerstrasse Nr. 163 auf Samstag den 21. ds. Nachmittags 5 Uhr ergebenst ein.

— Vor einiger Zeit begab sich Professor Löffler aus Greifswald nach Griechenland, um zu versuchen, die dort herrschende Mäuseplage mit Hilfe seines für Mäuse höchst virulenten Bacillus des Mäusetyphus zu bekämpfen. Wie man jetzt hört, erweisen sich diese Versuche als erfolgreich.

— In Berlin wurde der Zahnarzt Emil K., der sich eines unsittlichen Angriffes gegen ein junges Mädchen schuldig gemacht hatte, welches zwecks einer Operation zu demselben gekommen war, zu 2 Monaten Gefängniss verurtheilt.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 17. Jahreswoche, vom 24.—30. April 1892, die grösste Sterblichkeit Augsburg mit 39,0, die geringste Sterblichkeit Mainz mit 11,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Masern in Frankfurt a. M., Plauen, Metz, Remscheid; an Diphtherie und Croup in Bonn, Duisburg, Elbing, Frankfurt a. M., Köln, Stuttgart.

— In München wurden in der 18. Jahreswoche, vom 1.—7. Mai 34 Influenza-Erkrankungsfälle von den Aerzten angemeldet (in der Vorwoche 28).

— Mit Anfang dieses Monats wurde der von Fr. Flad in München seit Jahren betriebene Mineralwasserkursalon, Maximiliansplatz 23, wieder eröffnet, in welchem von 5½ Uhr morgens ab sämmtliche natürlichen Mineralwässer glasweise verabreicht werden. Für die zur Kur nothwendige Bewegung bieten die vor dem Trinklokal gelegenen öffentlichen Anlagen die beste Gelegenheit. Durch das Flad'sche Unternehmen wird es den Aerzten ermöglicht, Mineralwasser-Trinkkuren auch bei solchen Patienten kurgemäss durchzuführen, welche eine Badereise zu unternehmen nicht in der Lage sind.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Im Personal der Universitätsanstalten sind gelegentlich des Semesterwechsels eine beträchtliche Reihe von Veränderungen vor sich gegangen. Eine der wichtigsten ist die Neubegründung der Stelle eines Laboratoriums-Vorstandes bei der ersten anatomischen Anstalt. Dieselbe ist Prof. Wilhelm Krause, bisher in Göttingen, übertragen worden, der nach Berlin übergesiedelt ist, um hier die von der Anatomischen Gesellschaft in Angriff genommene Neuordnung der anatomischen Nomenclatur vorzubereiten. Umfangreich sind die Veränderungen im Personal der klinischen Anstalten. Aus der chirurgischen Klinik in der Ziegelstrasse sind Dr. Roth, Dr. Schmitt und Dr. Bardenheuer (jetzt Hospitalarzt in Bochum) ausgeschieden; neu eingetreten sind Dr. Schmidt, Dr. Lexer und Dr. Neumann; bei der Augenklinik ist Dr. Greef durch Stabsarzts Dr. Roth ersetzt worden; bei der chirurgischen Klinik der Charité Stabsarzt Dr. Westphal durch Stabsarzt Dr. Albers, bei der Irrenklinik Dr. Boedeker durch Dr. Gudden. Weiterhin hat der erste Assistent der medicinischen Poliklinik Dr. Hugo Loewenthal seine Stelle niedergelegt; neu angestellt wurde dort Dr. Kirstein, früher am Bürgerhospital in Köln. Schliesslich ist Privatdocent Dr. Wilhelm Nagel aus dem Verbande der Frauenklinik der Charité ausgeschieden; die dadurch entstehende Vacanz ist durch den Eintritt von Dr. Strassmann wieder besetzt worden. — **Würzburg** Geheimrath v. Kölliker wurde anlässlich seines 50jährigen med. Doctorjubiläums zum Ehrenbürger der Stadt Würzburg ernannt.

Dublin. Am 5.—8. ds. Js. feiert die Dubliner Universität das Fest ihres 300jährigen Bestehens. An eine Reihe auswärtiger Gelehrten sind Einladungen ergangen. — **Graz.** Dr. Elschnig ist als Privatdocent für Augenheilkunde an der medicinischen Facultät der hiesigen Universität bestätigt worden. — **Innsbruck.** Prof. Heryng in Warschau hat den an ihn ergangenen Ruf zur Uebernahme der neu zu errichtenden Professur für Kehlkopf- und Nasenleiden endgültig abgelehnt.

(Todesfall.) In Stettin starb am 8. ds. der kürzlich in den Ruhestand getretene Generalarzt des II. Corps Dr. Abel. Noch am Tage vorher war derselbe vom medicinischen Verein in Greifswald, in Anerkennung seiner vielseitigen Verdienste und edlen collegialen Gesinnung zum Ehrenmitglied ernannt worden.

(Berichtigung.) In No. 18 ist auf S. 321, Sp. 1, Z. 35 v. u. zu lesen: Hansen statt Hirsch.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. J. Neuberger, Specialarzt für Hautkrankheiten, in Nürnberg; der prakt. Arzt Richard Wentzel in Schmidmühlen.

Verzogen. Dr. Schulte-Limbeck von München, wohin unbekannt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 18. Jahreswoche vom 1. bis 7. Mai 1892.

Betheil. Aerzte 315. — Brechdurchfall 14 (14*), Diphtherie, Croup 31 (36), Erysipelas 14 (6), Intermittens, Neuralgia interm. 4 (1), Kindbettfieber 1 (1), Meningitis cerebrospin. 2 (1), Morbilli 191 (184), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 1 (6), Parotitis epidemica 4 (8), Pneumonia crouposa 13 (24), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 29 (24), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 10 (17), Tussis convulsiva 32 (20), Typhus abdominalis 2 (—), Varicellen 14 (7), Variola 1 (2). Summa 373 (352). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 18. Jahreswoche vom 1. bis 7. Mai 1892.

Bevölkerungszahl 366,000.

Todesursachen: Pocken — (2*), Masern 4 (6), Scharlach 2 (1), Rothlauf 1 (1), Diphtherie und Croup 3 (5), Keuchhusten 1 (1), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 6 (4), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung — (3), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 3 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 173 (191), der Tagesdurchschnitt 24,7 (27.3). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24.6 (27.1), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 14.5 (16.7), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 10.9 (14.1).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Bei der Redaction zur Recension eingegangen.)

Münchener medicinische Abhandlungen, I. Reihe, 10. Heft. Arbeiten aus dem pathologischen Institut: Kustermann, Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers in Gefängnissen. München, Lehmann, 1891. 1 M.

— —, VI. Reihe: Löwenfeld, Die objectiven Zeichen der Neurasthenie. München, Lehmann, 1892. M. 1. 60.

— —, VI. Reihe: Möbius, Ueber infantilen Kernschwund. München, Lehmann, 1892. 1 M.

— —, III. Reihe, 2. Heft. Arbeiten aus der chirurgischen Klinik: Port, Ueber die Wirkung des Tuberculinum Kochii bei Lupus. München, Lehmann, 1892. 1 M.

— —, II. Reihe, 5. Heft: Arbeiten aus der k. Universitäts-Kinderklinik: Oppe, E., Fall von Aneurysma der Arteria basilaris. München, Lehmann, 1892. 1 M.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.